UEBER PLATZANGST UND VERWANDTE ZUSTÄNDE

Leopold Löwenfeld

Ueber Platzangst

und

verwandte Zustände

von

Dr. L. Löwenfeld

[illegible]

[illegible]

Ueber Platzangst

und

verwandte Zustände

von

Dr. L. Löwenfeld

Specialarzt für Nervenkrankheiten und Electrotherapie
und ärztl. Dirigent der Privatheil- u. Pflegeanstalt „Maxbrunn" für Nervenkranke
in München.

MÜNCHEN
Jos. Ant. Finsterlin
1882.

I.

Es sind gegenwärtig etwa 10 Jahre, seit Westphal durch einen Aufsatz in dem Archiv für Psychiatrie die Aufmerksamkeit der ärztlichen Kreise auf eine bei Geistesgesunden vorkommende neuropathische Erscheinung, Angst vor dem Durchschreiten von Plätzen und Strassen, lenkte, eine Erscheinung, welche bis dahin zwar nicht unbekannt geblieben, aber der entsprechenden Würdigung entgangen war. Seitdem haben sich eine Anzahl von Beobachtern mit dieser und verwandten Angstformen beschäftigt und ihre Erfahrungen und Ansichten hierüber sowohl in Specialarbeiten als in Hand- und Lehrbüchern mitgetheilt.*) Die Auffassungen, welche den in

*) S. Niemeyer, Lehrbuch, 7. Aufl. 1868, 1. Band S. 613. Westphal, Arch. f. Psychiatrie, 3. Band, 1. Heft, S. 138, 1871 u. l. c. VII. Band, 2. Heft, S. 377, 1877. Benedict, Allgem. Wien. Med. Zeit. 1870, Nr. 40, ferner Nervenpathol. und Electrotherapie, 1874, S. 553 und Artikel „Agoraphobie“ in Eulenburg's Realencyklopädie der gesammten Heilkunde. Cordes, Arch. f. Psych., 3. Band, 3. Heft, S. 521, 1872 u. l. c. 10. Band, 1. Heft, S. 48. 1879. Webber, Boston med. and surg. Journ. Oct. 31, 1872; ibid. Dec. 26. 1872. Williams, ibid. Nov. 21, 1872. Landenberger, Württemberg. med. Correspond. Bl. Nr. 33, 1872. Pierroud, Note sur l'agoraphobie, Lyon méd. 1873, Nr. 11. Legrand du Saulle, de la peur des espaces, Annal. méd.-psychol. Nov. 1876, p. 405. Meschede, Tageblatt der Naturforscherversammlung zu Cassel, S. 281, 1878. Ball, Vortrag in der Versammlung der British Medical Association, 1879. Rosenthal, Klinik d. Nervenkrankh., 2. Aufl. 1875. S. 49. Jolly in v. Ziemssen's Handbuch, 12. Band, 2. Hälfte, 2. Aufl. 1877, S. 654. Schüle, ibidem, 16. Band, 1. Hälfte, 1878, S. 112. Grasset, Maladies du Système Nerveux, 2. Band, Paris 1879, S. 261. Beard, die Nervenschwäche, 2. Aufl., deutsch von Neisser, 1881, S. 35. Es sind hier nur die wichtigeren Arbeiten angeführt.

Rede stehenden krankhaften Vorgängen entgegengebracht werden, gehen jedoch zum Theil weit auseinander; auch scheint die Kenntniss derselben noch nicht in dem Masse Gemeingut der Aerzte geworden zu sein, dass ihre Diagnose nirgends mehr auf Schwierigkeiten stossen würde. Es dürfte desshalb eine erneute Besprechung der Angelegenheit gewiss nicht überflüssig sein. Von den Fällen, über welche ich im Nachstehenden berichten werde, bieten die ersten 3 an sich nichts Aussergewöhnliches; sie stellen nur verschiedene Species einer und derselben Grundform dar und sind als solche wohl lehrreich; ihre Mittheilung geschieht hier jedoch lediglich, um den nachfolgenden Erörterungen eine thatsächliche Unterlage zu geben. Der angeführte 4. Fall (dessgleichen der erst gegen Schluss des Aufsatzes folgende 7. Fall) repräsentirt jedenfalls einen der seltener vorkommenden Typen von Angstzuständen; der 5. und 6. Fall dagegen werden noch nicht beschriebene Formen pathologischer Angstzustände vorführen.

Beobachtung I.

W. L., Beamter, 43 Jahre alt, ledig. Im 9. Lebensjahre Typhus, im 18. Gesichtsschmerz, der Beschreibung nach hauptsächlich Supraorbitalneuralgie, 3—4 Wochen dauernd; diese Neuralgie kehrte öfters nach jahrelanger Pause wieder (hiebei typisches Auftreten, Heilung durch Chinin, demnach wahrscheinlich auf Malariainfection beruhend). Ausserdem litt er in jüngeren Jahren viel an Pollutionen; in neuerer Zeit soll diess nicht mehr der Fall gewesen sein. Vor 8 Jahren überraschte ihn einmal auf der Strasse ein Anfall von Uebelkeit und Schwäche, was ihn zum Eintritt in ein nahes Wirthshaus veranlasste. In der Folge wurde er beim Gehen auf der Strasse häufig von Angstanfällen heimgesucht, die mit Vorstellungen verknüpft waren, wie, er könnte ohnmächtig werden, umfallen, nicht mehr nach Hause kommen; hiedurch entstand bei ihm eine Abneigung gegen das Ausgehen. Die Angstanfälle verloren sich seitdem nicht mehr; das Auftreten derselben beschränkte sich aber auch in den letzten Jahren auf die Strasse, und zeigte sich von mancherlei zufälligen Momenten abhängig.

Das Betreten glatt bepflasterter Stellen, vorzüglich solcher, die mit Asphaltpflaster versehen sind, die Gegenwart vieler Leute auf dem Trottoir, sehr helles Tageslicht (insbesonders greller Sonnenschein) sind für ihn gefährliche Momente. Wenn er dagegen auf sehr unebenem Steinpflaster oder auf sehr weichem Grunde, z. B. im Walde geht, kommt es nie zu einem Anfalle. Auch Abends und Nachts tritt nicht leicht ein solcher ein; nüchterner Magen begünstigt dagegen den Eintritt der Angst. Was den Hergang der Sache im Anfalle selbst anbelangt, so gibt Herr L. an, dass er gewöhnlich zuerst einen Druck oder Schwere im Kopfe fühle, darauf Schwäche und Unsicherheit in den Beinen, alsdann soll erst das Gefühl der Angst sich seiner bemächtigen. Von sonstigen nervösen Störungen erwähnt Patient, dass er manchmal an Eingenommenheit des Kopfes und Rückenschmerzen leide. Die Beine seien früher mitunter auffallend leicht und wiederum auffallend schwer gewesen; in neuerer Zeit seien sie nur etwas schwach. Appetit gewöhnlich gut, Stuhlgang etwas träge, im Uebrigen keinerlei Klage.

Die Untersuchung des Kranken selbst ergibt keinerlei objectiv nachweisbare Störung des Nervensystems, auch bezüglich der übrigen Organe keine nennenswerthe Anomalie; mässig gute allgemeine Ernährung, Musculatur der Arme und Beine ansehnlich entwickelt.

Beobachtung II.

v. B., Gutsbesitzer, 39 Jahre alt, ledig. Vater noch lebend und gesund; die Mutter wurde vor längerer Zeit von einem Schlaganfall heimgesucht. In der Jugend ausser Scharlach keine Erkrankung. Vor Jahren eine langandauernde Gonorrhoe. Patient leidet seit 11 Jahren an plötzlich auftretenden Angstanfällen. Diese stellen sich in jüngster Zeit vorzugsweise beim Zusammensein mit vielen Menschen ein, z. B. beim Gehen auf der Strasse in einem Menschengewühle, im Theater, in der Kirche, seltener und in geringerem Masse beim Ueberschreiten gewisser Räume, z. B. einer Brücke, eines grossen freien Platzes, während sie früher bei diesen Anlässen regelmässig eintraten. Längere Zeit hindurch kamen diese Anfälle auch beim Alleinsein in der eigenen Behausung. Die Angstanfälle bestehen im Wesentlichen in einer peinlichen Affection des Bewusstseins, anscheinend hervorgerufen durch die Vorstellung eines bevorstehenden schlimmen Etwas, das er nicht näher specificiren

kann, sind verbunden mit einem Gefühl von Unsicherheit in den Beinen und werden beseitigt durch Entfernung von dem Orte, welcher den Anfall hervorrief. Näheres über die Art und Weise der Entstehung des ersten oder der ersten Anfälle weiss Patient nicht mitzutheilen. Patient leidet ferner seit mehr als einem halben Jahre an wandernden Schmerzen in beiden Extremitäten, sowie zeitweilig an einem Gefühle von Taubsein von den Fusssohlen bis herauf zur Hüfte reichend. Die psychische Leistungsfähigkeit ist gegen früher verringert; bei geistigen Arbeiten tritt auffallend rasche Ermüdung ein, so dass Patient seit einiger Zeit nicht einmal im Stande ist, einen Brief von ein paar Seiten in einer Sitzung fertig zu stellen.

Status präsens. Uebermittelgrosse Persönlichkeit von guter allgemeiner Ernährung; Musculatur der Arme und Oberschenkel ziemlich gut entwickelt, die der Waden etwas dürftig. Gesicht und Hals ziemlich geröthet, welche Röthe bei leichten Gemüthsbewegungen beträchtlich zunimmt. Pupillenreaction, Gesicht, Gehör, Facialis, Zungenbewegung etc. normal. Sensibilität und Motilität der Oberextremitäten gleichfalls normal; an der Wirbelsäule keine auf Druck empfindliche Stelle. Stehen mit geschlossenen Augen möglich, indess tritt nach kurzer Zeit Schwanken ein; auch Stehen auf einem Beine nur für kurze Zeit möglich. Gang ohne jedwede Anomalie; sämmtliche Bewegungen in den Hüft-, Knie- und Fussgelenken frei und mit Kraft ausführbar. Unterscheidung zwischen Spitze und Knopf, dessgleichen Tastkreise an den Beinen normal. Patellarsehnenreflex beiderseits vorhanden, kein Fussphänomen, rechterseits paradoxe Contraction des Musculus tibialis anticus; Stich-, Kitzelreflex etc. beiderseits vorhanden.

Beobachtung III.

L. P., 26 Jahre alt, pensionirter Hofkutscher, ledig. Eltern und Geschwister gesund. Peritonitis im 15. Lebensjahre; im 18. Cholorine (1875). 1876 beim Militair Sturz vom Pferde. Hiebei kam er unter das Pferd zu liegen, war für einige Zeit bewusstlos und erlitt einen Bruch des linken Femur im oberen Drittel. Heilung in 11 Wochen. Seit dem Jahre 1877 leidet Patient an Anfällen von Aufregung und Uebelkeit, verbunden mit Angst, welche anfänglich nur selten, später häufiger und in grösserer Intensität auftraten und hiedurch die Pensionirung des Patienten nöthig machten. Anfänglich scheint nur der

Aufenthalt unter einer grösseren Menschenmenge die Anfälle herbeigeführt zu haben. Alsbald fanden sie sich jedoch auch bei verschiedenen anderen Anlässen ein. So wurde er z. B., wenn er Dienst zu machen hatte, und die Pferde angespannt waren, aber nicht sogleich abgefahren werden durfte, von einer unerträglichen Unruhe verbunden mit einem Gefühle von Uebelkeit befallen, welche Erscheinungen sofort schwanden, wenn der Wagen sich in Bewegung setzte. Im Laufe der Zeit hat sich die Sache folgendermassen gestaltet: Die Angstanfälle treten beim Patienten niemals beim Gehen, i. e. beim Ueberschreiten irgend eines Platzes oder einer Strasse etc. ein; sie stellen sich nur ein, wenn derselbe physisch oder durch moralische Rücksichten genöthigt ist, an einem bestimmten Orte auszuharren. Sie suchen ihn daher heim im Kafehause, wenn er im Kreise seiner Kameraden sich befindet, im Theater, wenn er unter der Menge im Parterre oder auf der Galerie steht oder sitzt; in der Kirche, hier besonders, wenn er sich weit vorne befindet und weiss, dass er ohne Aufsehen zu erregen nicht gut fortgehen kann; ferner beim Barbieren. Er geht zum Barbier mit einem Gefühle, als ob es sich um seine Hinrichtung handle. Die Anfälle beginnen gewöhnlich damit, dass eine Sensation von der Magengrube gegen den Kopf aufsteigt; der Kopf wird hierauf eingenommen und schwer, zugleich entsteht ein Gefühl von Uebelkeit in der Magengrube; Hitze und Kälte überläuft den Körper abwechselnd. Des Weiteren stellt sich ein Drang nach aussen ein, erzeugt durch die dunkle Vorstellung eines bevorstehenden Unfalls (Umstürzens, Zusammenbrechens). Beim Stehen gesellt sich hinzu: Unsicherheit in den Beinen, Gefühle von Taubsein, Abgestorbensein in denselben und schliesslich Hin- und Herwanken. Hie und da treten in der Magengegend mehrmals Sensationen heftigen Reissens oder Auf- und Abkratzens ein (Würgebewegungen). Wenn er dem Anfalle trotzend, z. B. im Kafehause sitzen bleibt, so dauert das Gefühl der Uebelkeit, an Ohnmacht grenzend, oft ca. eine Stunde an. Er geräth ferner in Schweiss und muss sich aufstützen und sich möglichst ruhig verhalten, um nicht umzusinken. Jede Bewegung verschlimmert die Sache. Während dieser Verlängerung des Anfalles ist ein eigentliches Angstgefühl oder die Vorstellung eines drohenden Unfalles etc. nicht mehr vorhanden. Nach dem Anfalle besteht enorme Erschöpfung; im Uebrigen fühlt sich jedoch Patient völlig wohl

und ist alsdann im Stande, noch viele Stunden in demselben Locale ohne irgend einen unangenehmen Zwischenfall zuzubringen. Die Erschöpfung ist dagegen am anderen Morgen noch recht sehr fühlbar. Von sonstigen nervösen Erscheinungen erwähnt Patient, dass bei längerem (½ Stunde und darüber dauerndem) Stehen zu Hause ebenfalls eine gewisse Unsicherheit in den Beinen sich bemerklich macht, wobei jedoch Ueblichkeit und Angst nicht vorhanden sind, ferner, dass er seit Jahren öfters an einem Gefühle von Taubsein an der Fusssohle, besonders an der Ferse leidet. Dagegen ist von Schwäche in den Armen oder Beinen durchaus nichts fühlbar. Er ist ein ausgezeichneter Fussgänger, der die grössten Entfernungen ohne irgendwelche Ermüdung zurücklegt, gewandt ausserdem in jeder Art körperlicher Uebung und im Allgemeinen keineswegs von ängstlicher Gemüthsart. Näheres über die Entstehung des ersten Anfalles weiss Patient nicht mitzutheilen. Er ist kein Potator; sexuelle Excesse, übermässige Pollutionen etc. werden ebenfalls negirt. Diese Angaben wurden mir auch von anderer Seite bestätigt.

Stat. präs. Patient ist ein hochgewachsener, athletisch gebauter Mann. Musculatur an Armen und Beinen ausserordentlich entwickelt. Gesicht meist geröthet; Conjunctiva beider Augen etwas hyperämisch. Bei den unbedeutendsten psychischen Anlässen lebhafte Zunahme der Gesichtsröthe. Im oberen Drittel des linken Oberschenkels eine mässige Callusmasse durchzufühlen. Keine Störung der Motilität an den oberen und unteren Extremitäten. Die Sensibilität am ganzen Körper mit Ausnahme der Fusssohlen intact. An den Fusssohlen ist die Unterscheidung zwischen Spitze und Knopf völlig normal; die Tastkreise sind an der linken Fusssohle etwas erweitert, die electrocutane Sensibilität dagegen an beiden Fusssohlen etwas herabgesetzt.

Beobachtung IV.

A. W., Agent, 37 Jahre alt, verheirathet, Vater von 4 Kindern; Mutter an Herzschlag, Vater an Lungenleiden gestorben; Geschwister gesund. Machte als Kind Masern und Scharlach durch und fiel mit 6 Jahren in's Wasser. Anno 1866 erkrankt (Gehirnhautentzündung?), später 2 Jahre lang an Kopfschmerz und Schwindel leidend. 1877 Typhus abdominalis; konnte seit dieser Erkrankung in der Kirche nicht mehr gut stehen; er fühlte sich in derselben unsicher in den Beinen und

ängstlich erregt, während er anderweitig völlig ruhig stehen konnte. Vor 3 Jahren hatte er Unglück im Geschäfte (Gant). Heftige gemüthliche Alteration darüber und in der Folge Kopfschmerz und Schwäche in den Beinen, ca. 6 Wochen dauernd; nach kurzer Pause wiederkehrend und dieses Mal 8 Wochen anhaltend. Hierauf gesund bis zum November vor 2 Jahren. Um diese Zeit erlitt er einmal auf der Strasse einen Anfall von Schwäche in den Beinen, so dass er nur sehr mühsam nach Hause kommen konnte. In der Folge musste er circa 4 Wochen lang liegen, angeblich wegen Schwindels; hierauf abermals Besserung, nur konnte er in der Folge nicht mehr stehen, wohl aber gehen. Am 1. Mai l. Js. wieder ein „Schwindelanfall.“ Seitdem Schwäche und Kriebeln in den Beinen, Kopfschmerz, namentlich im Hinterkopfe, ein Gefühl von Schwanken in dem Kopfe, insbesonders bei längerem Gehen. Er kann ferner nicht sitzen, weil er hiebei ein Gefühl hat, als fiele er vom Stuhle herunter, oder als werde er vom Schlage getroffen. Auch frei zu stehen ist er nicht im Stande; versucht er es, so beginnt er zu zittern und fürchtet umzufallen. Das Lesen ist ihm wegen Augenthränens nicht möglich. Sieht er in die Höhe, so glaubt er umfallen zu müssen. Längere Zeit war es ihm auch nicht möglich, Jemanden in das Gesicht zu sehen; unternahm er es, so fing sein Kopf zu zittern an, und es wurde ihm sehr ängstlich zu Muthe. Er geht in neuerer Zeit nur in Begleitung seiner Frau aus, weil er beim Ausgehen allein von Angst befallen wird, er könnte umstürzen, vom Schlage getroffen werden u. s. w. Appetit seit längerer Zeit gering; Stuhlgang meist angehalten; in sexueller Beziehung seit längerer Zeit schon Abstinenz. Die erwähnten nervösen Beschwerden verschwinden zum grössten Theile für kürzere Zeit, wenn er rasch hinter einander einige Glas Bier trinkt. Alsdann ist er im Stande zu sitzen, frei zu stehen und grössere Strecken allein zu gehen. Patient will in den letzten Jahren sich im Trinken sehr mässig gehalten haben; früher scheint er ab und zu Excessen nicht ganz abgeneigt gewesen zu sein.

Stat. praes. Mittelgrosses Individuum von etwas blassem Aussehen und ziemlich guter allgemeiner Ernährung. Pupillenreaction, Augenbewegungen, Gesicht, Gehör, Facialis etc. intact. Sensibilität und grobe Motilität an Armen und Beinen gleichfalls normal. Patellarsehnenreflex beiderseits lebhaft. Gang breitspurig, mit etwas steif gehaltenen Beinen, jedoch keine An-

deutung von Ataxie. Aufgefordert, frei zu stehen, erklärt er, ohne eine Stütze, in Gestalt seines Stockes, nicht stehen zu können. Wird in ihn gedrungen, es ohne Stock zu versuchen, so bittet er, man möge ihm wenigstens gestatten, den Stock in der Hand zu halten. Geht man auch hierauf nicht ein und nöthigt ihn den Stock abzugeben, so geräth er nach ein paar Secunden Stehen's in Angst. Diese steigert sich sehr rasch, trotz aller Versicherungen, dass man ihn nicht hinstürzen lassen werde; alsbald stellt sich auch Schwanken ein, so dass man von einer weiteren Fortsetzung des Stehversuches absehen muss. Dagegen gelingt es kurze Zeit später ihn in ein Gespräch zu verwickeln, das ihn lebhaft interessirt, und ihn unvermerkt zum Aufstehen zu veranlassen. Hiebei ist er längere Zeit im Stande, ohne Stütze völlig ruhig und sicher zu stehen.

Beobachtung V.

J. H., (aufg. 1. Juli 1881), 34 Jahre alt, verheirathet, Kleidermacherin, Mutter von 3 Kindern, wovon 2 gestorben. Früher immer gesund, erst seit etwa 3—4 Jahren an Verdauungsschwäche und vorübergehenden Schwindelanfällen leidend. Vor etwa 3 Wochen an einem Tage mehrere Anfälle, der Beschreibung nach Ohnmachtsanwandlungen mit Brustbeklemmung, die wenige Augenblicke währten, gefolgt von intensivem Angstgefühle; ferner seit 3 Wochen Gesicht beim Nahestehen bedeutend verschlimmert, (nach Collega Dr. Berger keine Veränderung constatirbar). Mehrere Wochen hindurch schmerzhafter Husten, letzterer jedoch seit einiger Zeit wieder besser. Appetit mässig, Verdauung schwach, Stuhlgang bald angehalten, bald diarrhöisch. Beim Gehen Gefühl von Schwere und Unsicherheit in den Beinen. Des Oefteren Angst umzufallen. Anhaltendes Stehen wird schlecht vertragen.

Stat. präs. Mittelgrosse Person von etwas anämischen Aussehen und ziemlich dürftiger allgemeiner Ernährung. Gröbere Störungen der Sensibilität und Motilität weder im Bereiche der Rücken-, noch der Kopfnerven nachweisbar. Kein Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen; Stehen auf einem Beine wegen Schwäche unmöglich, Herz und Lungen frei. Puls schwach, von normaler Frequenz, Magengegend emfindlich. Aetiologie: Ueberanstrengung, dürftiges Leben. Ord.: Eisen, viel Aufenthalt im Freien, Bäder.

Erscheint wieder (3./12. 81) mit der Mittheilung, dass sie

sich mittlerweile längere Zeit sehr wohl befunden habe, seit nunmehr 4 Wochen aber an Anfällen folgender Art leide: Sie erwacht Nachts aus dem Schlafe, empfindet in der Magengrube etwas wie eine Wallung oder ein Klopfen, oder ein gelindes Zusammenschnüren, jedoch nie einen wirklichen Schmerz; hierauf furchtbare Angst und Wirrheit im Kopfe; hiebei eine Sensation von Ameisenkriechen oder Kriebeln bis in die Fingerspitzen. Diese Anfälle kommen täglich, in der Regel, nachdem der Schlaf einige Zeit gedauert hat. Sie traten aber auch schon im Bette vor Beginn des Schlafes auf. Auch bei Tag stellt sich hie und da vorübergehend etwas Pulsiren oder gelindes Zusammenschnüren in der Magengrube ein. Hierauf wird ihr etwas übel und ängstlich zu Muthe. Die Angst erreicht jedoch beim Weitem nicht denselben Höhegrad wie bei Nacht. Auch beim Lesen macht sich eine Andeutung des nächtlichen Anfalles bemerklich, es wird Patientin schlecht, unheimlich wirr im Kopfe, zugleich Kriebeln bis in die Fingerspitzen. Appetit in letzterer Zeit gering; hochgradiges Aufstossen nach dem Essen. Stuhl angehalten. Im rechten Beine seit einigen Tagen etwas Taubsein. Als äthiologisches Hauptmoment wird Ueberanstrengung durch Maschinennähen angegeben.

Die Untersuchung ergibt abgesehen von den Zeichen mässiger Anämie und etwas dürftiger allgemeiner Ernährung keinen nennenswerthen objectiven Befund.

Beobachtung VI.

R. V., Beamter, 52 Jahre alt, verheirathet; Typhus im 16. Lebensjahre; im Uebrigen gesund, nur sehr nervöser Natur. Im Jahre 1863 plötzliches Zusammenstürzen mit Bewusstlosigkeit; wurde nach Angabe der Frau dabei blau und roth im Gesichte (Convulsionen?). Seit 6 Jahren Anfälle folgender Art: Er fährt Nachts nach 1—1 ½ stündigem Schlafe auf, mit furchtbarem Schreien, das einige Secunden anhält; hiebei besteht durchaus keine Bewusstlosigkeit. Er hört das Schreien, kann es aber nicht unterdrücken und hat dabei ein Gefühl im Kopfe, das er als „krampfartig oder schlagartig“ bezeichnet, begleitet von furchtbarer Angst. Es tritt hierauf Pulsiren an den Halscarotiden und den Kopfarterien, Zittern am ganzen Körper und Schweissausbruch ein. Nach ¼—½ Stunde ist der Anfall vorüber und erfolgt Fortsetzung des Schlafes. Diese Anfälle stellen sich bei Witterungswechsel und überladenem Magen,

respective bei Genuss schwer verdaulicher Gerichte am Abend am häufigsten ein. Patient ist in letzterer Zeit bedeutend magerer geworden, verträgt Gemüse und andere schwerer verdauliche Speisen nicht und leidet an habitueller Obstipation.

Stat. praes. Mittelgrosses Individuum von mittelmässiger allgemeiner Ernährung. Herz und Lungen frei; keine Empfindlichkeit des Magens oder der Lebergegend; Zunge etwas belegt; keine objectivnachweisbaren Störungen von Seiten des Nervensystem's.

Ich muss an die im Vorstehenden angeführten Fälle zunächst einige epikritische Bemerkungen knüpfen. Die einzelnen Fälle sind derart aneinander gereiht, dass eine Verwandtschaft zwischen je zwei aufeinanderfolgenden ganz unverkennbar ist. Dennoch gehen der erste und der letzte Fall soweit auseinander, dass man Zweifel darüber erheben könnte, ob man es hier ausschliesslich mit pathogenetisch zusammengehörigen Fällen, d. h. nur mit Agoraphobie und verwandten Zuständen, wie der Titel lautet, zu thun habe.

Von den angeführten Fällen sind die ersten 3 unzeifelhaft dem Krankheitsbilde homogen, das von Westphal, Cordes u. A. als Agoraphobie, (Platzfurcht, Platzangst etc.) beschrieben wurde. Hiebei muss ich daran erinnern, dass Westphal schon erkannte, dass die von ihm gewählte Bezeichnung Agoraphobie keine erschöpfende ist, weil die Furchtanfälle bei den betreffenden Kranken zwar hauptsächlich beim Durchschreiten von Plätzen oder Strassen, aber keineswegs ausschliesslich bei diesen Anlässen sich einstellen. Es handelt sich hier lediglich um eine Bezeichnung a fortiori. Auch bei dem 4. Falle kann man bezüglich der Zugehörigkeit des Symptomencomplexes zur Agoraphobie nicht in Zweifel sein. Es sind hier Angstanfälle in der Kirche und auf der Strasse vorhanden; die Angst tritt aber auch bei anderen und zwar sehr seltsamen Anlässen ein: beim Ansehen des Gesichtes einer Person, bei der Aufforderung, frei zu stehen. Sehr in die Augen springend ist in diesem Falle der Einfluss des Al-

kohols; doch bietet die Wirkung dieses Agens hier durchaus nichts Aussergewöhnliches dar. Der günstige Einfluss des Alkoholgenusses bei Agoraphobischen wird fast von allen Beobachtern erwähnt. Es ist etwas Alltägliches, dass derartige Patienten, nachdem sie z. B. einige Gläser Wein getrunken, Verschiedenes thun können, was ihnen vorher völlig unmöglich war (z. B. Plätze überschreiten, oder an solchen ausharren). Im 5. Falle tritt die Angst hauptsächlich, im 6. ausschliesslich Nachts auf, im Bette, einige Zeit nach dem Einschlafen; ganz im Gegensatze zu den übrigen Fällen fehlt hier die Angst auf der Strasse, beim Zusammensein mit anderen Menschen u. s. w. Scheinbar fehlt daher diesen Fällen jede Zusammengehörigkeit mit den als Agoraphobie beschriebenen. Am meisten erinnern dieselben zunächst an das als Pavor nocturnus, nächtliches Aufschrecken der Kinder, beschriebene Krankheitsbild, das erst wieder vor einiger Zeit von unserm Münchener Collegen Wertheimber eingehend besprochen wurde.*) Indessen unterscheiden sich meine Fälle wesentlich von dem, was man unter Pavor nocturnus der Kinder versteht. Bei diesem handelt es sich um ein sehr lebhaftes, angsterregendes Traumbild, das die Kinder zum Auffahren und Schreien veranlasst; letzteres ist nicht mit einer Unterbrechung des Traumzustandes verbunden, es bildet vielmehr noch einen integrirenden Theil desselben. Es ist also im Wesentlichen ein angstvolles Träumen; der Anfall ist hier mit dem Erwachen aus dem Traume, mit der Wiederkehr des Selbstbewusstseins zu Ende. In meinen Fällen dagegen beginnt der Anfall mit dem Erwachen aus dem Schlafe, mit der Wiederkehr des Selbstbewusstseins, und der Patient schläft nach Beendigung desselben wieder ein. Ein Traumbild geht weder vorher, noch ist es während des Anfalls selbst auch nur in abgeblasstester Form zugegen. In dem ersten der beiden Fälle traten die Anfälle mitunter schon vor dem Einschlafen im Bette auf, womit natürlich die Aehn-

*) S. Deutsches Archiv f. klin. Medicin, 23. Band, S. 564, 1879.

lichkeit mit dem Pavor nocturnus völlig beseitigt wird. Dass die beiden Fälle mit nächtlichem Alpdrücken (Incubus) nichts gemein haben, bedarf wohl keiner besonderen Erörterung. Bei Fall 6 könnte man dagegen daran denken, dass die Anfälle epileptischer Natur gewesen seien, es sich also um eine Form von Petit Mal gehandelt habe. Auch diese Auffassung muss ich zurückweisen. Gegen dieselbe spricht schon der Mangel der Bewusstlosigkeit; doch lege ich auf diesen Umstand nicht allzuviel Gewicht, nachdem in neuerer Zeit die Regel, dass Bewustlosigkeit ein Charakteristicum des epileptischen Anfalles sei, nicht mehr allgemein anerkannt wird.*) Entschieden spricht gegen dieselbe der Zusammenhang der Anfälle mit gastrischen Störungen und die alsbaldige und dauernde Beseitigung derselben durch eine sehr einfache, hauptsächlich auf Regulirung der Magen- und Darmfunctionen gerichtete Behandlung (Gebrauch von Soolbädern, Marienbader Kreuzbrunnen und Regulirung der Diät.) Man könnte endlich einwenden, dass man es in Fall 5 und 6 lediglich mit Gehirncongestionen zu thun habe, die vom Magen aus hervorgerufen wurden. Dieser Einwand ist gegenstandslos. Dass in beiden Fällen während der Anfälle Circulationsstörungen im Gehirne bestanden, kann nicht dem geringsten Zweifel unterliegen, wenn auch die Art der Störungen in den beiden Fällen eine verschiedene gewesen sein mag. Allein Circulationsstörungen im Gehirne mangeln bei keinem Anfalle von Platzangst oder irgend einer anderen Species krankhafter Angst, wie ich an späterer Stelle eingehender nachweisen werde (und zum Theil bereits aus Fall 1 und 3 ersichtlich ist.)

Es erübrigt demnach nur die beiden Fälle 5 und 6 den als Platzangst im weiteren Sinn bezeichneten pathologischen Angstzuständen an die Seite zu stellen. Bei Fall 5 ist die

*) S. Hughes, Clinical notes illustrative of consciousness in epilepsia. The Allenist and Neurol. II. 2 p 236. Refer. in Erlenmeyer's Centralblatt, 1881 Nr. 23.

Aehnlichkeit der Anfälle mit denen mancher Agoraphobischen sogar eine sehr ausgesprochene. Die initiale Sensation in der Magengrube, sowie Paraesthesien in den Extremitäten finden sich z. B. auch bei Fall III. Auch die in Fall VI angegebenen eigenthümlichen Sensationen im Kopfe finden ihr Analogon in manchen Fällen von Agoraphobie, das Zittern des Gesammtkörpers, der Schweissausbruch sind sogar gewöhnliche Erscheinungen bei letzterer. Ganz vereinzelt steht nur das initiale Schreien in Fall 6 da. Dieses Schreien hat offenbar nichts mit dem initialen Schrei des Epilepsieanfalles gemein. Es wurde vom Patienten deutlich gehört, konnte aber nicht unterdrückt werden und entspricht daher dem Schrei, den nervöse Personen unwillkürlich bei plötzlicher Einwirkung heftiger Eindrücke, insbesonders im Schlafe ausstossen. Es handelt sich also um einen Reflexact, eine reflectorische Erregung des basalen Lautcentrums Kussmauls, wahrscheinlich durch vom Magen ausgehende, nicht zum Bewusstsein gelangende Erregungsvorgänge eingeleitet. Die reflectorische Erregung des basalen Lautcentrums bewerkstelligt sich im Schlafe viel leichter als im wachen Zustande, weil in letzterem vom Grosshirne ausgehende hemmende Einwirkungen (Hemmungsvorgänge, Vorstellungsreize) der Uebertragung der Erregungsvorgänge auf die Ursprünge motorischer Nerven entgegentreten. Im Schlafe fällt der hemmende Einfluss des Grosshirns aus.*)

II.

Es ist gegenwärtig von vielen Beobachtern die Ansicht acceptirt, dass die verschiedenen Formen krankhafter Angst und damit auch die als Agoraphobie bezeichneten sich ausschliesslich bei Neurasthenischen finden, dass mit anderen Worten die krankhafte Angst ein Symptom der Neurasthenie ist. Diese

*) In pathogenetischer Beziehung reihen sich die eben besprochenen 2 Fälle dem sogenannten vertige stomachale, sowie den eklamptischen Anfällen bei Kindern in Folge von Indigestionen an.

Ansicht hat allerdings Vieles für sich, und unsere oben ange- Fälle sprechen ebenfalls zu Gunsten derselben. Im ersten Falle haben wir an sonstigen Symptomen der Neurasthenie Eingenommenheit des Kopfes, Rückenschmerzen, abnorme Sensationen und eine geringe Schwäche in den Beinen. Im 2. Falle sind die übrigen Symptome der Neurasthenie noch viel ausgeprägter und namentlich die Erscheinungen spinalen Ursprungs sehr hervortretend. Von cerebralen Erscheinungen sind vorhanden: Kopfschmerz, eine ausserordentlich leichte Ermüdbarkeit bei geistiger Arbeit, gemüthliche Verstimmung. Von spinalen Symptomen: Schmerzen in den Beinen und Parästhesieen, Gefühl von Taubsein, von den Fusssohlen aufwärts bis zu den Hüften und eine gewisse, beim Stehen mit geschlossenen Augen und auf einem Beine, hervortretende Schwäche in den Unter-Extremitäten. In dem 3. Falle ist allerdings von Erscheinungen der Neurasthenie nur wenig vorhanden; doch ist das Wenige characteristisch. Zeitweilig Gefühl von Taubsein an den Fusssohlen, speciell an der Ferse, Schwanken des Körpers bei längerem Stehen.*) In dem 4. Falle sind verschiedenartige Symptome cerebraler und spinaler Neurasthenie gegeben: Kopfschmerz, Schwindelsensationen beim Sitzen und bei gewissen Augenbewegungen, Schwäche und Parästhesieen in den Beinen u. s. w. Im 5. Falle treten beim Lesen eigenthümliche cerebrale Functionsstörungen auf; es existirt ferner Taubsein in einem Beine. Im 6. Falle wird nur allgemeine Nervosität von langem Bestande erwähnt.

Nach dem Angeführten kann bezüglich der neurasthenischen Grundlage der Angstzustände wenigstens in den angeführten

---

*) Ob die Herabsetzung der faradocutanen Sensibilität an den beiden Fusssohlen und die geringe Erweiterung der Tastkreise an der linken Fusssohle in diesem Falle gleichfalls als neurasthenische Symptome (i. e. Functionsstörungen ohne anatomische Läsion) zu erachten sind oder nicht, lässt sich nicht mit irgend welcher Sicherheit entscheiden. Indess scheint mir erstere Auffassung wegen des Mangels sonstiger ernsterer spinaler Functionsstörungen gerechtfertigter.

6 Fällen kaum ein Zweifel bestehen. Dagegen können wir in diesen keine Stütze für die Ansicht finden, dass die Platzangst gewöhnlich ein Symptom der Hypochondrie darstelle. Diese Auffassung wurde bekanntlich von Jolly in v. Ziemssens Handbuch vertreten, dagegen von Cordes unter sehr eingehender Motivirung verworfen. Cordes erklärt, dass er sich nicht entschliessen könne der Ansicht zu huldigen, dass die Platzangst ein Symptom der Hypochondrie sei oder auch nur sein könne; er behaupte das stricte Gegentheil und glaube, dass niemals Platzangst bei einem Hypochonder vorkomme.*) Cordes geht hierin wohl ebenfalls zu weit. Es ist schon darum sehr schwer zu entscheiden, ob eine Erscheinung wie die Platzangst nicht auch Symptom der Hypochondrie sein könne, weil wir in der Hypochondrie nicht ein völlig abgeschlossenes Krankheitsbild wie z. B. im Typhus abdom. vor uns haben. Trotz all der schönen Darstellungen der Symptomatologie der Hypochondrie in Lehr- und Handbüchern geräth man in praxi gar häufig in Verlegenheit, wo die Grenze der Hypochondrie zu ziehen, ob ein bestimmter Zustand hiezu noch zu rechnen ist oder nicht; in vielen Fällen muss die Entscheidung dieser Frage eine rein individuell willkürliche sein.

Schon unter den von Westphal 1871 veröffentlichten Fällen findet sich einer, wobei der Gesammtzustand unverkennbar auf Hypochondrie hinweist. Bei 5 von den oben angeführten Fällen kann ich keine Andeutung von Hypochondrie entdecken. Dagegen bin ich sehr geneigt, den Patienten des 3. Falles in die Classe der Hypochonder zu versetzen. Der betreffende Herr äusserte mir bei seiner ersten Vorstellung,

---

*) Arch. f. Psychiatrie, 10. Band, 1. Heft, S. 52. Allerdings bemerkt Cordes in demselben Aufsatze einige Seiten später (S. 57), er könne und wolle die Möglichkeit des Vorkommens der letzteren (Platzangst) als Symptom der ersteren (Hypochondrie) nicht ganz und gar leugnen. Aus seinen weiteren Aeusserungen erhellt jedoch, dass er von dieser Möglichkeit keineswegs überzeugt ist.

dass er mit einem schweren, vielleicht unheilbaren spinalen Leiden behaftet zu sein glaube, und befand sich offenbar in sehr gedrückter Stimmung. Sein Zustand erfuhr in der ersten Zeit des Anstaltsaufenthaltes schon eine sehr bedeutende Besserung und ich erwartete, denselben darüber sehr erfreut zu finden. Es war jedoch an dem Patienten ein dauernder Umschwung der Stimmung nicht zu bemerken, er beobachtete seine Sensationen beständig mit der grössten Sorgfalt; beanspruchte von Seiten des Arztes immer besondere Aufmerksamkeit und zeigte wegen der unbedeutendsten Erscheinungen eine unverhältnissmässige Besorgniss und Verstimmung.

Hochgradige Angstzustände der verschiedensten und seltsamsten Art (Angst vor dem Alleinsein etc.) kommen übrigens bei Hypochondrie bekanntlich nicht selten vor und da die Platzangst weder ein Morbus, noch auch nur ein Symptom sui generis ist, sondern nur eine specielle Form einer unter den verschiedensten Verhältnissen auftretenden neuropathischen Erscheinung, des pathologischen Angstzustandes, darstellt, so ist schon a priori nicht zu ersehen, warum Hypochondrie und Platzangst sich einander ausschliessen sollen.

Viel wichtiger übrigens als die Frage, ob die Platzangst als Symptom der Hypochondrie vorkommt oder nicht, ist die nach dem psychologisch-physiologischen Hergange der Dinge bei dem Angstanfalle. Hier machen wir die auffallende Wahrnehmung, dass trotz der grossen Anzahl eingehend und trefflich geschilderten Fälle von Platzangst, welche uns die Literatur aufweist, über den eigentlichen Verlauf des psychischen Processes beim Angstanfalle nichts weniger als Klarheit besteht. Die Angaben der Beobachter lauten im Einzelnen sehr verschieden, was sich aus dem Umstande erklärt, dass einerseits den meisten Patienten die nöthige psychologische Bildung abgeht, um das in ihrem Innern Vorgehende zutreffend zu schildern, andererseits während des eigentlichen Anfalles den Patienten die zur Selbstbeobachtung nöthige geistige Ruhe

abgeht, so dass auch sehr gebildete Patienten den psychologischen Zusammenhang und die Aufeinanderfolge der Einzelacte des Anfalles meist nicht mit der Bestimmtheit und Detailisirung darzulegen vermögen wie bei anderen psychischen Ereignissen. Wir können daher vorläufig nur die Hauptmomente des Vorganges mit Sicherheit eruiren.

Berücksichtigen wir zunächst die äusseren Umstände, unter welchen die Anfälle eintreten.

In dem ersten der obenangeführten 6 Fälle wurde der Patient nur beim Gehen auf der Strasse und zwar hier unter gewissen Umständen leichter (glattes Pflaster, heller Sonnenschein) als unter anderen von der Angst heimgesucht. Im 2. Falle trat der Anfall nicht bloss beim Gehen auf der Strasse und ähnlichen Anlässen (beim Ueberschreiten eines freien Platzes, beim Passiren einer Brücke etc.), sondern auch beim Aufenthalt in mit Menschen gefüllten geschlossenen Räumen, z. B. im Theater, in der Kirche auf; er stellte sich aber auch zeitweilig unter ganz entgegengesetzten Verhältnissen i. e. beim Alleinsein in der eigenen Behausung ein. In dem 3. Falle endlich trat ganz im Gegensatz zum ersten Falle nie beim Gehen die Angst auf; diese stellte sich beim ruhigen Verweilen unter grösseren Menschenmengen, an offenen Plätzen, wie z. B. an einem Bierkeller oder in geschlossenen Räumen, wie im Kaffehause, im Theater, in der Kirche ein, aber auch wieder in ganz anderen Situationen: am Kutscherbocke, in der Barbierstube, also im Wesentlichen unter Verhältnissen, wo Patient genöthigt war, an einem Orte längere Zeit ruhig auszuharren. In diesen 3 Fällen sind die häufigsten und hauptsächlichsten Anlässe pathologischer Angstanfälle vertreten. Wir ersehen aus denselben zugleich, dass die Angst beim Betreten freier Plätze, Strassen und dergleichen, wie wir schon oben betonten, nur eine Species krankhafter Angst unter anderen darstellt, und eine Sonderung derselben von anderen Arten dieser neuropathischen Erscheinung desshalb nicht zulässig ist, weil sie

sich neben solchen bei denselben Individuen vorfindet. Ein Blick in die Literatur zeigte uns, dass die äusseren Verhältnisse (Gelegenheitsursachen), welche als Anlässe von Angstanfällen fungiren können, ausserordentlich mannigfaltig sind. Wir müssen uns hier begnügen der relativ häufigsten zu gedenken. Meschede hatte Gelegenheit Patienten zu beobachten, bei welchen die Angstanfälle beim Betreten enger, kleiner Räume oder beim Aufenthalt in solchen sich einstellten. Einer seiner Patienten war hiedurch sogar genöthigt seine Studien aufzugeben und zur Landwirthschaft überzugehen. Prediger werden von der Angst befallen, wenn sie die Kanzel, Lehrer, wenn sie den Katheder besteigen, Anwälte, wenn sie vor Gericht zu plaidiren sich anschicken. Selbst die Nöthigung zur Verrichtung einfachster Handlungen, wie ruhiges Stehen- oder Sitzenbleiben, Fixiren einer fremden Person kann den Anfall hervorrufen. Die Gewitterfurcht erreicht bei einzelnen Personen eine Intensität, welche uns berechtigt, sie ebenfalls in die Gruppe der hier in Rede stehenden pathologischen Zustände einzureihen.*) Bei anderen Personen stellt sich die Angst beim Betreten gewisser Häuser oder beim Sitzen an gewissen Stellen eines geschlossenen Raums ein (Angst vor dem Erschlagenwerden durch hängende Gegenstände wie Kronleuchter, Spiegel u. dgl.) Wieder andere werden am Strande der See, auf der Fahrt im Boote oder im Eisenbahnzuge, beim Anblicke eines Betrunkenen von der Angst heimgesucht. In einzelnen Fällen treten endlich, wie wir sahen, die Anfälle Nachts im Bette, einige Zeit nach dem Einschlafen auf, wahrscheinlich durch nicht zum Bewusstsein gelangende Erregungen der Magen- und Darmnerven ausgelöst. Diese mannigfaltigen äusseren Verhältnisse bekunden nur in

*) Ich hatte Gelegenheit mich davon zu überzeugen, dass diese krankhafte Gewitterfurcht keineswegs blos bei sehr nervösen Damen, sondern auch bei Männern sich findet. Ein mir wohlbekannter, sehr gebildeter Herr geräth schon in peinliche Unruhe, wenn man in seiner Gegenwart nur von Gewittern spricht.

einer Beziehung eine Uebereinstimmung: Sie schliessen insgesammt nichts in sich ein, was bei normalen Individuen einen Anlass zu irgend welcher Furcht, geschweige denn zu hochgradigen Angstzuständen bilden könnte.

Der Kernpunkt des Anfalles besteht in einer peinlichen Affection des Bewusstseins, die auf einem dunklen oder deutlicheren Gefühle ungewohnter physischer Schwäche sozusagen ruht; dabei befinden sich — gewöhnlich, jedoch keineswegs immer — an der Randzone des Bewusstseins Vorstellungen drohenden Unheils oder der Unfähigkeit den Zustand zu ertragen, Verlangen nach Aenderung der Situation. Die Details des Zustandes variiren nicht bloss bei verschiedenen Individuen, sondern auch bei demselben Patienten in den einzelnen Anfällen. Sowohl die Intensität der peinlichen Affection des Bewusstseins als die Art der Störung im Vorstellungsverlaufe — denn mit einer solchen haben wir es immer zu thun — weisen erhebliche Unterschiede auf. Mitunter handelt es sich lediglich um einen Zustand sehr peinlicher Unruhe, dem ein gewisses körperliches Uebelbefinden und die deutlichere oder undeutlichere Vorstellung eines möglichen Unfalles, einer drohenden Blamage oder der Nöthigung in einer peinlichen Situation auszuharren zu Grunde liegt; in anderen Fällen tritt eine qualvoll empfundene Verwirrung und Ideenflucht ein, wobei die sich überstürzenden und sich verdrängenden Vorstellungen sämmtlich oder zum Theil peinlichen, schreckhaften Inhaltes sind; in wieder anderen Fällen — und diese sind wohl die schlimmsten ihrer Art — verdrängt wenigstens vorübergehend ein dunkles Gefühl drohenden Unheils und physischer Ohnmacht allen übrigen Bewusstseinsinhalt. Es ist diess der höchste Grad der Angst, der, wie man sagt, die Besinnung völlig raubt, den Befallenen hilflos an die Stelle bannt.

An diese Vorgänge schliessen sich nun eine Reihe somatischer Störungen an, welche auf das Gehirn zurückwirkend die

peinliche Affection des Bewustseins verstärken, weiter fortspinnen und in ihrem Charakter und Inhalte nach verschiedenen Richtungen hin modificiren. Es sind diess die bekannten physischen (Reflex-)Wirkungen des Angstvorganges, die hier in ihrer Art sich von den bei anders veranlassten Angstzuständen vorkommenden nicht unterscheiden: Röthe oder Blässe des Gesichtes, Pulsation der Kopfarterien, Trockenheit und Zusammenschnüren des Schlundes, daher Unfähigkeit zu schlucken, Aenderungen der Herzthätigkeit (Beschleunigung oder Verlangsamung, Unregelmässigkeit der Herzaction), des Respirationsactes, Hemmung der Speichelsecretion, hochgradige musculomotorische Schwäche, Tremor oder Wanken der Extremitäten etc., vasomotorische Störungen an den Extremitäten (Taubsein, Kältegefühl), Schweissausbruch etc. —

In manchen Fällen wird diese Serie von Vorgängen durch Sensationen eingeleitet, welche sehr an gewisse Formen von Aura bei Epileptischen erinnern. Am häufigsten scheint ein vom Magen zum Kopfe steigendes Gefühl (von Wärme) vorzukommen. Ausserdem werden öfters als initiale Erscheinungen angegeben: Gefühl von Beklommenheit oder Zusammenpressen in der Herzgegend, ein Gefühl von Zusammenschüren oder Uebelkeit, das in die Magengrube localisirt wird, Gefühl von Druck oder Schwere im Kopfe.

Es bedarf wohl keines besonderen Beweises, dass wir es bei den in Kürze skizzirten Vorgängen mit einer intensiven Functionsstörung der Nervencentren zu thun haben. Bevor wir diese in ihre einzelnen physiologischen Factoren zu zerlegen versuchen, müssen wir uns die Frage vorlegen, wodurch zunächst die Störung in dem Verlaufe des Vorstellens, die erwähnte peinliche Affection des Bewusstseins eingeleitet wird, welche Momente den ersten Anstoss zu dem ganzen Vorgange bilden. Die Beobachter beantworten diese Frage in verschiedener Weise. Wir können hier nur die gewichtigsten der in Betracht kommenden Stimmen berücksichtigen.

Westphal bemerkt, dass nach den Angaben seiner Patienten die Angst von selbst, als ein plötzlich auftretendes fremdartiges Etwas sich einstellt, sowie der Patient an den zu überschreitenden Platz etc. gelangt. „Mit dem Angstgefühl gleichzeitig, nicht etwa dasselbe begründend, sondern durch einen und denselben Vorgang hervorgerufen, gleichsam als integrirender Bestandtheil des Angstgefühls im Bereiche des Vorstellens springt der Gedanke in dem Patienten auf, nicht über den Platz hinüber zu können, die Vorstellung (Wahrnehmung?) einer ungeheuren Breite desselben und auch wohl der Gedanke, der zuweilen aber mehr secundär zu sein scheint, es könne ihm während er sich in dem Zustande der Angst und Verzweiflung befinde, irgend etwas zustossen.“ An eine weitere Zergliederung des psychologischen Vorganges im Anfalle geht Westphal nicht; er gesteht, vergeblich sich bemüht zu haben, eine nähere Erläuterung desselben von den Patienten zu erhalten.

Cordes*) betrachtet die Agoraphobie als Erschöpfungsparese auf Grundlage reizbarer Nervenschwäche. Den Vorgang beim Anfalle stellt er sich folgendermassen vor. Dem betreffenden Individuum ist das Gefühl einer Erschöpfbarkeit seiner gesammten Musculatur immer gegenwärtig (jedoch nicht immer im Bewusstsein vorhanden). Dieses Gefühl soll zu gleicher Zeit mit Wahrnehmung eines weiten Platzes z. B. oder irgend einem anderen optischen Eindrucke oder einer Erinnerungsvorstellung in das Bewusstsein treten, woraus die Vorstellung der Unmöglichkeit der hier nöthigen motorischen Leistung resultiren soll; aus dieser Vorstellungsreihe soll erst der Angstaffect mit all' seinen somatischen Folgen (Blässe, Zittern etc.) und seiner Einwirkung auf das Vorstellungsgebiet hervorgehen, welche Wirkungen reflectorisch die Angst steigern; hiebei soll es denn auch zu einer Lähmung des Wollens kommen. Dem Einwande, warum denn nicht bei jeder Erkrankung, die mit erschöpfbarer

*) l. c. 1879.

Musculatur einhergeht (Phthisis, Tabes etc.) Platzangst vorhanden sei, glaubt Cordes durch die allerdings etwas wunderliche Annahme begegnen zu können, dass die Empfindung des Reizes einer erschöpften Musculatur je nach der Ursache der Erschöpfung differire und dass bei gewissen Ursachen der Erschöpfung (geistige Ueberanstrengung, Samenverluste, langandauernde gastrische Störungen und acute Ab- oder Zunahme an Corpulenz und Fettherz) die Qualität der Erschöpfungsempfindung eine ganz eigenartige sei und daher bei weiterer Verarbeitung zu der eigenartigen Erscheinung der Platzangst führe.

Gegen diese Cordes'sche Auffassung erheben sich sehr gewichtige Bedenken. Ich will zunächst die — ganz und gar unerwiesene — Annahme von Cordes zugeben, dass die Qualität der Erschöpfungsempfindung bei gewissen Ursachen der Erschöpfung, wie geistige Ueberanstrengung, Samenverluste etc. eine ganz eigenartige sei, und eben die Eigenart dieser Empfindung zur Entstehung der Platzangst führe. Alsdann müsste aber — und dies hat Cordes offenbar übersehen — jeder, der mit einer „erschöpften Musculatur" z. B. in Folge von Samenverlusten behaftet ist, an Agoraphobie leiden. Dass diess in Wirklichkeit der Fall ist, bestreite ich auf das Entschiedenste. Ich habe Leute beobachtet, die an Pollutionen und Spermatorrhoe litten und bei welchen die dadurch verursachte Muskelschwäche und Erschöpfung den denkbar höchsten Grad erreichte, Leute, die den Weg von einigen Minuten nicht ohne die grösste Ermüdung zurücklegen konnten und dennoch fehlte bei diesen jede Spur von Agoraphobie. Und auf der anderen Seite habe ich Agoraphobische kennen gelernt, bei welchen von einem ständig vorhandenen Gefühl von Muskelerschöpfbarkeit nicht das geringste Anzeichen vorhanden war. Ich verweise zum Belege hiefür nur auf meinen Fall III. Die Annahme einer besonderen Muskelschwäche oder Erschöpfbarkeit in einem derartigen Falle wäre nahezu absurd. Der betreffende

junge Mann ist von athletischem Bau, täglich nach seinen eigenen Aeusserungen von Morgens bis Abends zu seinem Vergnügen auf den Beinen, legt Wege von 8—10 Stunden ohne besondere Anstrengung zurück, hebt die schwersten Lasten etc., und dennoch sind gerade bei diesem Patienten die Angstanfälle von der grössten Intensität. Endlich ist zu berücksichtigen, dass der Angstanfall keineswegs selten unter Verhältnissen eintritt, wo überhaupt ein besonderer Anspruch an die Leistungsfähigkeit der Musculatur nicht erhoben wird — im Theater, im Kaffehause, bei ruhigem Verweilen im Zimmer, ja selbst im Bette — wo also, selbst wenn eine besondere Erschöpfbarkeit der Musculatur besteht, dennoch kein Anlass dafür vorhanden ist, dass dieselbe zum Bewusstsein gelangt.

Die Erschöpfungsempfindung kann also nicht die Rolle beim Angstanfalle spielen, welche ihr Cordes zuschreibt, und hiemit wird die Cordes'sche Theorie des Angstanfalles hinfällig.

Jolly sagt, die betreffenden Kranken werden beim Betreten freier Plätze oder in menschenleeren Strassen etc. plötzlich von der Angst befallen, sie könnten nicht weitergehen, ihre Kräfte würden sie verlassen, sie müssten zusammenstürzen. Dabei entstehen starkes Beklemmungsgefühl, Zusammenschnüren im Schlunde, kurz die gewöhnlichen Begleiterscheinungen des Angstvorganges. Er erwähnt ferner, dass bei der Platzfurcht es sich zwar nicht um durch unwillkürliche Augenbewegungen vermittelte Scheinbewegung der Objecte und des eigenen Körpers handle, trotzdem aber dieselbe mit dem gleichen Rechte als Schwindelerscheinung bezeichnet werden dürfe, mit dem man von Höhenschwindel spreche. Mit diesem soll die Platzfurcht in allen Einzelnheiten übereinstimmen. Auch beim Höhenschwindel sind nach Jolly wenigstens in der Regel keine Bewegungsempfindungen vorhanden, sondern nur ein lähmendes Angstgefühl. Die den Höhenschwindel herbeiführende Situation braucht nicht mit wirklicher Gefahr verbunden sein, sondern

nur die Vorstellung einer möglichen Gefahr erwecken. Diese Vorstellung löst das Angstgefühl aus. In analoger Weise, glaubt Jolly, ist bei den Situationen, welche zur Platzangst führen, die Vorstellung der Hilflosigkeit oder des peinlichen Aufsehens oder der Blamage wirksam, zu welchen irgend ein in der Einsamkeit oder im Gedränge oder vor kritischen Zeugen dem Kranken zustossender Unfall Veranlassung geben könnte. Diese Auffassung Jolly's von dem Hergange im Angstanfalle hat wohl für einzelne Fälle ihre Berechtigung, allein in der Mehrzahl derselben trifft sie entschieden nicht zu. Wie wir oben sahen, hebt Westphal ausdrücklich hervor, dass bei seinen Patienten die Angst sich anscheinend von selbst, als ein plötzlich auftretendes fremdartiges Etwas einstellt und gleichzeitig mit dem Angstgefühle nicht etwa dasselbe begründend die Vorstellung der Unfähigkeit den Platz zu überschreiten, auch wohl eines drohenden Unfalles, auftritt. Hiemit stimmen meine Erfahrungen in der Hauptsache überein. Während der Patient im Kaffeehause oder im Theater sitzt, oder an Beliebiges denkend die Strasse dahinwandelt, tritt bei ihm plötzlich eine Sensation von der Magengegend gegen den Kopf steigend, oder ein Beklemmungsgefühl in der Herzgegend etc. auf; alsdann bricht erst die Angst aus und damit tritt die Vorstellung eines drohenden Uebels (Hinstürzens etc.) in das Bewusstsein. Diese Vorstellung ist also jedenfalls in der Mehrzahl der Fälle nicht das Auslösungsmoment des Angstanfalles, sondern etwas secundär mit oder in Folge des Angstgefühles Auftretendes. Demnach kann von einer völligen Uebereinstimmung der Platzfurcht mit dem Höhenschwindel keine Rede sein.

Benedict bezeichnet die von Westphal als Agoraphobie beschriebenen Zustände als Platzschwindel und erklärt dieselben als eine specielle Abart des Raumschwindels, nämlich als Flächenschwindel im Gegensatze zu einer anderen Art des Raumschwindels, dem Höhenschwindel. „Der Raumschwindel

besteht seinem Wesen nach in abnormer Beeinflussung der motorischen Gleichgewichtsinnervation und des Gleichgewichtsbewusstseins durch ungewöhnliche und grosse Excursionen oder Excursionsimpulse des Auges." Der dem Platzschwindel zu Grunde liegende Vorgang soll darin bestehen, „dass die Anregungen zu mächtigen Excursionen des Auges nach der Seite ohne bestimmte Ruhepunkte für die Fixation das Muskelbewusstsein stören und Schwindelgefühl und allenfalls Schwindelbewegung erzeugen." Bei manchen Individuen soll dieser Zustand zweifellos mit Mangelhaftigkeit der seitlichen Excursionsfähigkeit der Augen zusammenhängen. Dass diese Auffassung Benedict's von dem Wesen der Platzangst in den Thatsachen keine Stütze hat und somit unhaltbar ist, wurde bereits von Westphal und Cordes in eingehender Weise nachgewiesen. Dieser Nachweis hat zwar Benedict nicht vermocht, seine Ansicht aufzugeben, wie aus seiner jüngsten bezüglichen Publication ersichtlich ist; wir können jedoch demselben gegenüber uns damit begnügen, hier lediglich einige der wichtigsten Argumente gegen die Benedict'sche Theorie kurz zu berühren. Von sämmtlichen Patienten werden die Sensationen im Anfalle als von Schwindelgefühlen verschieden bezeichnet. Die gleichen Angstanfälle können ferner bei einem und demselben Individuum unter den verschiedensten Aussenverhältnissen, i. e. beim Alleinsein in einem Zimmer nicht minder, als beim Ueberschreiten einer Strasse oder eines Platzes eintreten, also zum Theil unter Verhältnissen, wobei von ungewöhnlichen Augenexcursionen gar keine Rede sein kann. Andererseits erweisen sich verschiedene Umstände als von Einfluss für die Entstehung der Anfälle, Umstände, welche zu den Leistungen der Augenmusculatur absolut nicht in Beziehung zu bringen sind, wie die Beschaffenheit des Pflasters, auf dem gegangen wird, die Einwirkung mächtiger acustischer Eindrücke, der Zustand des Magens etc. Für die gewöhnlichen Fälle von Platzangst ist demnach die Benedict'sche Erklärung des

Vorganges unbedingt zurückzuweisen. Dagegen unterliegt es meines Erachtens keinem Zweifel, dass die von den Augenmuskeln und dem Accommodationsapparate dem Gehirne zugeleiteten Eindrücke unter Umständen eine abnorme Verarbeitung erfahren, abnorme Associationen eingehen und in der Folge abnorme Reflexe auslösen können, wodurch secundär Störungen der Gehirnverrichtungen und damit auch Angstzustände herbeigeführt werden. So gibt es, wie schon berührt wurde, Personen, die bei einem herabhängenden Gegenstande immer das Gefühl haben, als ob derselbe herabstürzen würde. Eine mir bekannte Dame hat diese Eigenthümlichkeit nur Spiegeln gegenüber. Sitzt sie vis-à-vis und unter einem solchen, so hat sie das Gefühl, als ob derselbe jeden Augenblick auf sie herabfallen müsse. Hiebei handelt es sich durchaus nicht etwa um eine Illusion, i. e. die Wahrnehmung einer scheinbaren Bewegung; es nützt ihr auch nichts zur Beseitigung dieses Gefühls, wenn sie sich von der sicheren Befestigung des Spiegels überzeugt und sich die gänzliche Unbegründetheit dieses Gefühls lebhaft vorhält. Das Gefühl ist vorhanden und wird, wenn sie demselben trotzen will, so ausserordentlich peinlich, entwickelt sich geradezu zu einer unerträglichen Angst, so dass ihr ein weiteres Ausharren an derselben Stelle unmöglich wird. Noch eigenthümlicher ist die Störung, mit welcher ein mir bekannter Herr seit Jahren behaftet ist. Sitzt dieser Herr z. B. in seinem Amtszimmer derart einem spitzen oder mit Ecken versehenen Gegenstande gegenüber, dass dieser, während er einen anderen Gegenstand fixirt, in den seitlichen Partieen des Gesichtsfeldes (die Zone des undeutlichen Sehens) sich befindet, so hat er das Gefühl, als ob der betreffende Gegenstand sich gegen seine Augen hin bewege und in diese hineinfahre. Seltener tritt dieses Gefühl ein, wenn ein spitzer oder mit Ecken versehener Gegenstand direct fixirt wird. Auch hier handelt es sich um keine Scheinbewegung. Es ist nur ein Gefühl, als ob der betreffende Gegenstand sich bewege, vor-

handen, allein dieses Gefühl ist sehr hartnäckig und veranlasst eine solche peinliche Unruhe, dass dem Betreffenden schliesslich nur übrig bleibt, entweder den betr. anstössigen Gegenstand gänzlich aus dem Gesichtfelde zu entfernen, oder sich so zu setzen, dass derselbe überhaupt nicht mehr im Gesichtsfelde sich befindet. Andere Personen haben, wenn sie Jemand in exponirter Stellung z. B. auf einem Dache arbeiten sehen, das Gefühl, der Betreffende müsse jeden Augenblick herunterstürzen, und dieses Gefühl ist von einer Angst begleitet, welche es ihnen zur Unmöglichkeit macht, die Thätigkeit des Betreffenden mitanzusehen. In wieder anderen Fällen wird beim Fixiren gewisser Gegenstände ohne das Zwischenglied eines derartigen Bewegungsgefühls*) Angst hervorgerufen. Beispiele hiefür haben wir in Fall IV und V gegeben. Dem Patienten W. wurde es, wenn er Jemand in das Gesicht sah, sehr ängstlich zu Muthe und sein Kopf fing zu zittern an. Bei der Patientin H. trat beim Lesen ein Gefühl von Uebelkeit ein; es wurde ihr unheimlich wirr im Kopfe und sie empfand ein Kriebeln bis in die Fingerspitzen.

Wir sehen also, dass bei manchen Angstformen Eindrücke, welche von den Augenmuskeln und den Accommodationsapparaten herstammen, — die Empfindung von Fixirbewegungen nach Benedict — das den Anfall auslösende Moment bilden; speciell bei der Platzangst aber spielen diese Eindrücke keine Rolle.

Kehren wir nach dieser Abschweifung zu unserer Frage zurück. Wir sehen, dass keine der bisherige Beantwortungen derselben völlig mit der Sachlage in Einklang zu bringen ist.

---

*) Was ich hier als „Bewegungsgefühl" bezeichne, ist natürlich gänzlich verschieden von dem, was man sonst darunter versteht: Empfindung einer Bewegung, welche ausgeführt wird. Das hier in Rede stehende Gefühl gehört psychologisch zu den unwillkürlichen Analogieschlüssen Helmholtz's, pathologisch steht daselbe den Zwangsvorstellungen sehr nahe. Vergl. insbes. Wille, zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. Arch. f. Psychiatrie 12. Band, 1. Heft.

Wir müssen daher selbst den Versuch unternehmen, die Frage an der Hand der vorliegenden Erfahrungen zu beantworten. Hiemit wird am besten sogleich eine psychologische Zergliederung des ganzen Anfalles verbunden werden. An eine dogmatische Erledigung ist hiebei natürlich nicht zu denken. Was uns heute durch die z. Z. bekannten Thatsachen genügend gewährleistet erscheint, mag morgen durch eine Erweiterung unserer Kenntnisse hinfällig werden.

Die Vorgänge im Angstanfalle gestalten sich nach unserer Auffassung folgendermassen: Durch die Einwirkung eines von der Peripherie, von den Sinnes- oder Eingeweidenerven kommenden Erregungsvorganges — in letzter Instanz also eines optischen, acustischen etc. Eindruckes oder eines im Organismus statthabenden Vorganges — oder einer von den Vorstellungscentren ausgehenden Erregung oder endlich einer Combination dieser Reize auf die Vagus-*) und Gefässnervencentra in der Medulla oblongata, wird eine mächtige Modification in dem Thätigkeitszustande dieser Centra herbeigeführt. Dieser Einwirkung unterliegen jedoch beide Centra nicht immer gleichzeitig. In manchen Fällen scheint zunächst das Vaguscentrum, in anderen wiederum zunächst das vasomotorische afficirt, und alsdann das andere Centrum erst secundär beeinflusst zu werden. Die Affection des Vaguscentrums bewirkt Aenderung — Hemmung, Beschleunigung oder Unregelmässigkeit — der Herzaction, zugleich

*) Wenn ich hier von einem Vaguscentrum spreche, so verstehe ich darunter weder das Centrum für die Regulation der Herzbewegungen in der Oblongata, noch den Vaguskern am Boden des 4. Ventrikels, sondern die Gesammtheit der grauen Massen, aus welchen die Vagusfasern zunächst hervorgehen. Nach den neueren Forschungen scheinen die Ursprungsmassen der Vagusfasern zum Theil ziemlich weit auseinander zu liegen. Man hat Vagusfasern nicht blos bis in den Vaguskern, den Nucleus ambiguus und andere Kerne der Oblongata, sondern auch nach abwärts in das Cervicalmark, selbst bis in das Gebiet der Cervicalanschwellung verfolgt. Vergl. Schwalbe, Lehrbuch der Neurologie 1881, S. 662.

oft excentrische Sensationen oder wirkliche Irradiationen im Gebiete der sensiblen Vagusbahnen; auf diese Weise entstehen in den Fällen, in welchen das Vaguscentrum primär oder wenigstens gleichzeitig mit dem Centr. vasomot. erregt wird, die vom Magen zum Kopfe aufsteigende Sensation, die Druckgefühle in der Herzgegend und in der Magengrube, das nicht selten vorhandene Gefühl der Uebelkeit; an diese primäre Beeinflussung des Vaguscentrums knüpft sich höchst wahrscheinlich schon ein Angstgefühl.*) Die Einwirkung auf das vasomotorische Centrum führt Circulationsstörungen im Gehirne, Krampf oder Lähmung der Gehirngefässe herbei. Wir sehen daher in den Fällen, in welchen das vasomotorische Centrum primär oder, wenn auch gleichzeitig mit dem Vaguscentrum, doch in intensiverem Grade als letzteres afficirt wird, Gefühle von Schwere oder Eingenommenheit, schlag- oder krampfartige Sensationen im Kopfe als initiale Erscheinungen. Von der Einwirkung auf das Centr. vasomotor. und der dadurch vermittelten Circulationsstörung im Gehirne hängt die Störung im Vorstellungsverlaufe ab; wahrscheinlich wird hiedurch ebenfalls ein gewisses Angstgefühl und eine gewisse musculomotorische Schwäche bedingt (insbesonders bei Krampf der Hirnarterien, also Gehirnanämie). Als weitere Folgen der Beeinflussung des Centrums vasomotorium treten auf: Der Weschel von Röthe und Blässe im Gesichte, das lebhafte Pulsiren der Kopfarterien, der Wechsel von Hitze- und Kältegefühl am ganzen Körper, verschiedene Parästhesien (Taubheit, Kältegefühl) an den Extremitäten, ferner Circulationstörungen im Rückenmarke; hiedurch erfährt die Leistungsfähigkeit der

*) Der Nervus vagus kann wohl als der spezielle Angstnerv betrachtet werden. Intensive Erregungen seiner sensiblen Elemente erzeugt, wie wir in der Angina pectoris sehen, das Gefühl drohender Lebensvernichtung, die wahre Todesangst.

dort befindlichen coordinirenden und regulirenden Centren eine Abschwächung; es tritt Tremor und Wanken der Extremitäten, Halt- und Kraftlosigkeit des Gesammtkörpers ein.

Die angeführten Vorgänge führen nun secundär zu mancherlei weiteren Störungen in verschiedenen Verrichtungen. Die Beeinflussung des Vaguscentrums wirkt unterhaltend und verstärkend auf die Circulationsstörungen im Gehirne und zwar sowohl durch Einwirkung auf die Herzthätigkeit als dadurch, dass die in dem Vaguscentrum ausgelöste Erregung durch Irradiation sich dem Centrum vasomot. mittheilt. Die Beeinflussung des vasomotorischen Centrums mit allen ihren Folgen bleibt daher auch in jenen Fällen nie aus, in welchen primär nur das Vaguscentrum afficirt wird. Die durch den Schwächezustand der Musculatur bewirkten Sensationen — die Störung des Muskelbewusstseins — wirken rückläufig modificirend auf den Thätigkeitszustand der Vagus- und vasomotorischen Centra ein, und steigern und verlängern dergestalt die Angst. Mit der Fortdauer der Störung treten ferner Irradiationen der Erregungsvorgänge von den erwähnten beiden Centren über weitere Oblongatacentren ein. Die respiratorischen Centren (Unregelmässigkeit der Athmung), die Glossopharyngeuskerne (Trockenheit und Krampf des Schlundes), die Schweisscentren Nawrocky's (Schweissausbruch) werden derart in Mitleidenschaft gezogen; auch eine Erregung der Brechcentren scheint mitunter vorzukommen (Würgebewegungen). Hiemit ist natürlich nur ein Schema des Vorganges im Anfalle gezeichnet. Die Einzelacte des Vorganges weichen in den einzelnen Anfällen sowohl hinsichtlich der Intensität, als der Ausbreitung und des zeitlichen Verlaufes von einander ab.

Als Auslösungsmomente des Anfalles fungiren demnach Reize sehr verschiedenen Ursprungs. Die nächsten Angriffspunkte dieser sind das Vaguscentrum und das Centrum vasomot., und als Resultat ihrer Einwirkung ergibt sich eine mächtige

Alteration in dem Thätigkeitszustande dieser Centren. Es erhebt sich nun die Frage: Wie kommen diese Reize dazu, eine so mächtige Wirksamkeit zu äussern?

Sie sind, physisch betrachtet, anscheinend keineswegs von ausserordentlicher Intensität und bekunden auch unter gewöhnlichen Verhältnissen kaum eine Andeutung von solcher Leistungsfähigkeit. Es müssen also hier besondere Verhältnisse obwalten, und die Darlegung dieser nöthigt uns, etwas weiter auszuholen.

Die Intensität des Erregungszustandes eines jeden Centrums erweist sich von 2 Factoren abhängig: 1) von der Intensität des auslösenden Reizes, der zugeleiteten Erregung. 2) Von dem Zustande der nervösen Apparate des Centrums selbst. Bei normalem mittleren Erregbarkeitszustande des Centrums ist zur Auslösung einer intensiven Erregung ein entsprechend intensiver Reiz erforderlich. Ist dagegen die Erregbarkeit des Centrums abnorm gesteigert, so steht die Intensität der ausgelösten Erregung in keinem Verhältnisse mehr zur Intensität des auslösenden Reizes. Schwache Erregungen genügen alsdann, um mächtige Reactionen herbeizuführen. Die Rolle, welche das Vaguscentrum und das Centrum vasomot. der Oblongata beim Angstanfalle spielen, die explosive Art ihrer Reaction legen uns die Annahme nahe, dass die Erregbarkeitsverhältnisse dieser Centren bei den betreffenden Patienten abnorm gesteigerte sind, dass sich diese Centren im Zustande der reizbaren Schwäche befinden. Zu Gunsten dieser Annahme lassen sich mehrere weitere Momente anführen. Wir wissen, dass die an pathologischen Angstanfällen (Platzangst) leidenden Personen gewöhnlich Neurastheniker sind; es ist daher schon a priori wahrscheinlich, dass bei diesen Individuen auch der Zustand der Oblongatacentren, in specie des Vagus- und vasomotorischen Centrums kein völlig normaler ist, i. e. dass auch diese Centren an dem neurasthenischen Verhalten participiren. Für das Centrum vasomot. lassen sich noch specielle Beweise einer abnormen Erregbarkeit, resp. einer abnormen Empfänglichkeit

für hemmende Reize, wenn man annimmt, dass die Gefässerweiterung Folge einer Inhibition der Function pressorischer Centren ist, beibringen. Bei zweien von den oben erwähnten Patienten (Fall II und III) bestand eine auffallende Neigung zum Erröthen; die geringfügigste gemüthliche Erregung übergoss bei diesen Patienten das Gesicht und zum Theil auch den Hals mit einer Art Purpurröthe. Diese abnorme Neigung zum Erröthen habe ich ausserdem noch bei 2 Agoraphobischen beobachtet. In Fall IV und V wurden durch sonst in dieser Richtung ganz unwirksame Reize — in die Höhe sehen, Lesen etc. — Circulationsstörungen im Gehirne herbeigeführt.

Abnorme Erregbarkeit, resp. reizbare Schwäche der vielfach genannten beiden Oblongatacentren ist demnach eine wesentliche Bedingung der Platzangst, wie der ihr verwandten Angstformen. Allein das Vorhandensein dieses pathologischen Zustandes überhaupt genügt noch keineswegs zur Herbeiführung der Angstanfälle. Wir wissen, dass diese nur bei vereinzelten bestimmten Anlässen eintreten, während der abnorme Zustand der beiden Oblongatacentren beständig vorhanden ist. Der Eintritt der Angstanfälle muss demnach noch von weiteren Bedingungen abhängen. Zunächst scheint es mir, dass die Steigerung der Erregbarkeit der beiden Centren eine gewisse Stufe erreichen muss, wenn es zur Auslösung von Angstanfällen kommen soll. Ich glaube diess aus dem Umstande folgern zu dürfen, dass bei zahlreichen Agoraphobischen verschiedene die Erregbarkeit der Nervencentren überhaupt beeinflussende Momente auch für die Auslösung resp. Verhinderung der Angstanfälle sich von Bedeutung erweisen. Am auffallendsten ist in dieser Beziehung die Wirkung des Alkohols und der Nahrungsaufnahme einerseits, die der Inanition andererseits. Alkoholgenuss und reichliche Nahrungsaufnahme, welche beide die Leistungsfähigkeit des Nervensystems vorübergehend erhöhen, die reizbare Schwäche desselben herabsetzen, verhindern, der Zustand der Inanition, welcher die reizbare

Schwäche erhöht, begünstigt dagegen das Eintreten des Anfalles. Gleichfalls begünstigen oft das Eintreten der Anfälle: Grelle Sinneseindrücke, Töne, Farben, Gerüche, Kohlensäure-Anhäufung in menschenüberfüllten Räumen, häufige vorhergehende Anfälle, heftige gemüthliche Erregungen, gastrische Störungen, endlich anscheinend gewisse Witterungsverhältnisse, Momente, welche sämmtlich geeignet sind, die Reizbarkeit der Nervencentren zu steigern. Manche dieser Momente können unter Umständen den Anfall allein auslösen, wie wir z. B. aus einem später mitzutheilenden Falle ersehen werden. Gewöhnlich scheint jedoch ihre Rolle sich darauf zu beschränken, dass sie die Erregbarkeit der Oblongatacentren steigern, so dass es noch der Einwirkung eines weiteren Factors bedarf, um die in den Centren angehäuften Spannkräfte zur Explosion zu bringen. Dieser weitere Factor, mit dessen Einwirkung also erst gewöhnlich der Anfall ausgelöst wird, kann zwar ein beliebiger Eindruck, eine beliebige Sinneswahrnehmung oder irgend eine reproducirte Vorstellung sein, wie wir bereits erwähnten. Diese Wahrnehmung oder diese reproducirte Vorstellung muss jedoch, um als Auslösungsmoment des Anfalls wirksam zu werden, in einer speciellen functionellen Beziehung zu den vielfach genannten beiden Oblongatacentren stehen; sonst wäre absolut nicht zu ersehen, warum von der Menge von Eindrücken, welche der Patient den ganzen Tag aufnimmt, und von Vorstellungen, welche sein Inneres durchkreuzen, lediglich einzelne zur Auslösung des Anfalles den Anstoss geben. Um aber zu erfahren, wie einzelne Wahrnehmungen oder Vorstellungen zu einem besonderen functionellen Connex zu den beiden Oblongatacentren gelangen können, müssen wir die Entstehungsgeschichte der Anfälle berücksichtigen.

Nicht bei allen Patienten lässt sich die Entstehungsweise des ersten Anfalles genau eruiren. In vielen Fällen verhält es sich jedoch folgendermassen. Zufälligerweise wird das betreffende

Individuum auf der Strasse oder angesichts eines grossen Platzes, beim Alleinsein in der eigenen Wohnung oder bei irgend einer anderen Gelegenheit von einer Uebelkeit oder Schwächeanwandlung befallen. Diese ruft die Vorstellung der Hilflosigkeit bei einem möglichen Unfalle, der Möglichkeit des Hinstürzens, nicht Weiterkönnens oder der Eventualität eines Aufsehenerregens herbei, und an diese Vorstellungen knüpft sich ein mehr minder intensives Angstgefühl. Oder es tritt bei den genannten Anlässen primär zufälligerweise die Vorstellung eines möglichen Unfalles, wie einer plötzlichen Schwäche und damit verbundenen Hilflosigkeit etc. ein, und diese Vorstellung erzeugt ein Angstgefühl. Der Vorgang gräbt sich in das Gedächtniss ein. Hiebei sind die beiden Hauptpunkte, die sich im Gedächtnisse fixiren: die Vorstellung der Strasse, des grossen Platzes etc., und die Sensation der Angst, resp. die Vorstellung der Hilflosigkeit verknüpft mit dem Angstgefühle. Nun haben nach den bekannten Gesetzen der Vorstellungsassociation, in specie nach dem Princip der Contiguität — der Angrenzung in Zeit und Raum — zwei Vorstellungen, die einmal, wenn auch nur zufällig, gleichzeitig oder in unmittelbarer Aufeinanderfolge im Bewusstsein gegeben waren, eine Neigung einander zu reproduciren, derart dass, wenn die eine gegeben ist, die andere leicht ebenfalls ins Bewusstsein tritt. Dieses Princip der Contiguität ist lediglich der psychologische Ausdruck des für alle Nervencentren giltigen Satzes, dass Erregungsvorgänge bei ihrer Fortpflanzung unter einer Mehrheit ansprechbarer Bahnen diejenigen bevorzugen, auf welchen sie sich vordem am häufigsten fortpflanzten, weil in diesen Bahnen in Folge der an jede Erregungsleitung sich knüpfenden Nachwirkungen die Ausbreitung jeder neuankommenden Erregung weniger Widerstände zu überwinden hat. Es liegt in der Natur dieses Princips, dass das, was für die Association von Vorstellungen unter einander gilt, auch für die Association von Vorstellungen mit Gefühlszuständen, Bewegungen und

sonstigen organischen Vorgängen zutrifft. Das zufälligerweise gleichzeitige oder unmittelbar aufeinanderfolgende Statthaben einer Vorstellung und eines solchen Actes (z. B. Erbrechen) schafft ein associatives Band, eine Art functionellen Connex zwischen beiden, die Vorstellung ist alsdann bei ihrem nächsten Auftreten in der Lage und geneigt, den betreffenden Vorgang zu reproduciren. In unserm Falle tritt die Vorstellung eines freien Platzes, der Strasse etc., zufälligerweise nach dem Princip der Contiguität in associative Beziehung zur Erregung des Vaguscentrums (Angstgefühl). Die Wahrnehmung eines weiten Platzes etc. ist daher bei ihrem nächsten Eintreten geneigt, die Erregung des Vaguscentrums und hiemit Angstgefühl mit den verschiedenen secundären Wirkungen herbeizuführen. Die gleiche associative Wirkung können reproducirte Vorstellungen, Erinnerungsbilder des weiten Platzes, der Strasse etc., ja überhaupt reproducirte Vorstellungen und Wahrnehmungen ähnlichen Inhaltes äussern (Wirkung des associativen Principes der Aehnlichkeit). So kommt es, dass im Laufe der Zeit die Angstanfälle, die ursprünglich nur auf der Strasse oder beim Betreten eines weiten Platzes sich einstellten, bei verschiedenen anderen Gelegenheiten, wie im Theater, Concerte, in Versammlungen u. s. w. eintreten.

Die Vorgänge in den Vorstellungscentren, welche den Anfall auslösen, können sogar des subjectiven Correlates ermangeln. Es können Eindrücke, welche percipirt werden, ohne zum Bewusstsein überhaupt oder wenigstens zu deutlichem Bewusstsein zu gelangen, wie z. B. viele Gesichts- und Gehörseindrücke, die wir auf der Strasse und an anderen Orten aufnehmen, ohne sie zu beachten, oder ihrer nur bewusst zu werden, den Anfall auslösen; die gleiche Wirkung mögen andere ohne Bewusstsein ablaufende Vorgänge in den Vorstellungscentren äussern. Nur so erklärt es sich, dass der Angstanfall mitunter urplötzlich, scheinbar ohne jeden Anlass den Patienten heimsucht. Es steht hier der Angstanfall in

Parallele mit den plötzlich auftauchenden Erinnerungen, den seltsamen Einfällen, die hie und da ohne erkennbare Ursache aus dem unbewussten Untergrunde unseres psychischen Lebens in die Sphäre des Bewussten überspringen, und gelegentlich in Form von Zwangsvorstellungen sich in quälender Weise in dem Vordergrunde des Bewusstseins fixiren.

Es ist hier wohl am Platze, die Beziehungen, welche zwischen Agoraphobie und Zwangsvorstellungen bestehen, zu berühren. Von einem Autor (Pelman) wurde die Ansicht geäussert, dass die Platzangst in die als Zwangsvorstellungen bezeichnete Classe von nervösen Störungen einzureihen sei. Ich glaube, dass nach dem, was ich im Vorstehenden des Längeren erörtert habe, eine eingehende Widerlegung dieser Ansicht überflüssig ist, und zwar ebenso wohl denjenigen gegenüber, welche die Westphal'sche Definition*) des Begriffes der Zwangsvorstellung einfach acceptiren, als Denjenigen, welche von Westphal abweichend in dem Nichtbedingtsein durch einen Gefühls- oder affectartigen Zustand kein Kriterium der Zwangsvorstellungen erblicken können. Dagegen unterliegt es nach meinen Erfahrungen keinem Zweifel, dass pathologische Angstzustände und Zwangsvorstellungen auf derselben neuropathischen Grundlage erstehen, dass sie Zweige eines Baumes sind, und in vielen Fällen es lediglich von Zufälligkeiten abhängt, ob die eine oder die andere Form nervöser Störung sich entwickelt. Ein Fall, den ich während des Niederschreibens dieser Zeilen zu untersuchen Gelegenheit hatte,

*) Westphal versteht unter Zwangsvorstellungen „solche, welche bei übrigens intacter Intelligenz und ohne durch einen Gefühls- oder affectartigen Zustand bedingt zu sein gegen und wider den Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewusstseins treten, sich nicht verscheuchen lassen, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, welche der Befallene stets als abnorme, ihm fremdartige anerkennt und denen er mit seinem gesunden Bewusstsein gegenübersteht." Vergl. Berl. klin. Wochenschr. 1877, Nr. 46.

illustrirt in sehr lehrreicher Weise den Unterschied sowohl, wie die verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen Zwangsvorstellungen und Platzangst, wesshalb ich denselben hier folgen lasse. Derselbe betrifft einen Studirenden der Universität, einen ebenso intelligenten wie strebsamen, jungen Mann, bei welchem das Leiden unzweifelhaft mit geistiger Ueberanstrengung im Zusammenhang steht. —

Herr P., (zugewiesen durch Herrn Medicinalrath Dr. Wolfsteiner) 19 Jahre alt, beide Eltern lebend und im Wesentlichen gesund. 4 Geschwister gesund.

Im 4. Jahre eine Augenentzündung, ca. 3/4 Jahr dauernd; mit Ausnahme von öfterem Nasenbluten und periodischem Kopfweh, ca. alle 3—4 Wochen auftretend, später keinerlei Erkrankung.

Im vorigen Jahre sehr erhebliche geistige Anstrengung; im December dieses Jahres Beginn des gegenwärtigen Leidens. Er fühlte anfänglich des Morgens nach dem Frühstücke, wenn er sich keine Bewegung machte, etwas Kopfschmerz und Beklemmung auf der Brust, verbunden mit einer gewissen Angst. Diese Erscheinungen verloren sich, wenn er in das Freie sich begab. Auch Mittags trat öfters nach dem Essen, insbesonders wenn er studirte, eine gewisse Eingenommenheit des Kopfes, Hitzegefühl an diesem etc. ein. Er begab sich desshalb zur Erholung auf einige Tage ins Gebirg; nach der Rückkehr zeigte sich jedoch der alte Zustand. Dies dauerte bis zum 16. Januar, an welchem Tage er sehr eifrig studirte und alsdann Abends das Theater besuchte. Es wurde die Götterdämmerung aufgeführt. Ca. 1 Stunde nach Beginn der Vorstellung wurde er plötzlich von einer intensiven Angst befallen, einer Angst, die sich nicht auf irgend etwas Bestimmtes bezog; hierauf trat ein Gefühl von Hitze und Schwere im Kopfe ein, allerlei Gedanken durchkreuzten sein Inneres, was sich allmälig zu einem Zustande der Verwirrung gestaltete, so dass er nicht recht mehr sich zu orientiren im Stande war; dieser Umstand steigerte secundär die Angst. Der Zustand währte etwa 10 Minuten, hierauf trat Actschluss ein, und Patient verliess den Zuschauerraum, um sich auf ein Sofa ausserhalb zu setzen, wo er sich etwas erholte; die Angst verliess ihn aber hier noch immer nicht völlig. In den nächsten 14 Tagen nach diesem Ereignisse wurde Patient beständig von einer minder intensiven Angst

verbunden mit deutlicher Beklemmung auf der Brust heimgesucht; die Angst ging auch hier nicht von irgend einer bestimmten Vorstellung aus. Am 2. Februar unternahm er einen Spaziergang nach F., es wurde Nacht, während er auf dem Heimwege sich befand; auf diesem erfuhr er eine Attacke, ähnlich der im Theater: Plötzlich intensives Angstgefühl, Hitze und Schwere im Kopfe, Ideenflucht, durch diese secundär Steigerung der Angst. Der Anfall dauerte ca. eine Stunde, Patient ging während desselben instinktartig weiter, und gelangte ohne Zwischenfall nach Hause.

Während der nächsten Tage. und Wochen bestand continuirlich eine gewisse Unruhe und Angst, zugleich Kopfschmerz und öfters ein Gefühl von Beklemmung in der Herzgegend. In der Folge trat gelegentlich einmal die Vorstellung in ihm auf, er könnte irrsinnig werden. Diese Vorstellung stellte sich alsbald bei den verschiedensten Anlässen und scheinbar unmotivirt ein und liess sich durch Willensanstrengungen nicht verscheuchen; die Angst knüpfte sich nunmehr hauptsächlich an diese Vorstellung, trat aber auch dann noch hie und da primär auf und reproducirte alsdann die Vorstellung des Irrsinnigwerdens. Dabei glaubte Patient keineswegs, dass ihm das Irrsinnigwerden bevorstehe; er fühlte, dass sein geistiger Zustand eine derartige Befürchtung nicht rechtfertige, und war sich daher klar darüber, dass mit der Vorstellung des Irrsinnigwerdens etwas seinem geistigen Wesen Fremdartiges sich seinem Bewusstsein aufdränge. Dieser Status währte bis Ende April; ein acuter Angstanfall trat während dieser Zeit nicht ein. Im Monate Mai trat die Idee des Irrsinnigwerdens nur selten mehr auf; dieselbe verlor sich später gegen Juli zu völlig. Die Angstzustände haben sich dagegen seit dem Anfalle auf dem Heimwege bis in die jüngste Zeit nicht mehr völlig verloren. Sie sind im Allgemeinen von geringerer Intensität, doch gewöhnlich mit einer gewissen Brustbeklemmung verbunden. Häufig werden durch dieselben seltsame und zum Theil peinliche Vorstellungen herbeigeführt, wie dass seine Eltern nicht mehr leben, dass er blödsinnig werde, Selbstmordideen, welche alsdann die Angst verstärken. Oefters stellen sich auch primär gewisse peinliche Vorstellungen ein, welche die Angst nach sich ziehen. Aus Angst vor diesen Vorstellungen scheut er sich oft allein auszugehen. Ausserdem öfters Anwandlungen von krankhafter Fragesucht. Seit März laufenden Jahres fast täglich, ins-

besonders Morgens Kopfschmerz, meist in der Stirngegend, häufig Reifgefühl am Kopfe (Kopfdruck), und ein Gefühl von Kriebeln an der Stirne; ferner eine beständige Unruhe, die namentlich beim Sitzen sehr lästig ist und ihn zu beständigen Bewegungen der Beine veranlasst; beim Gehen fühlt er sich am freiesten; ausserdem beim Sitzen eine gewisse Müdigkeit in den Beinen. In geistiger Beziehung Wechsel von Niedergedrücktheit und erhöhtem Selbstgefühle verbunden mit besonderer Aufgelegtheit und Fähigkeit zum Arbeiten. Die Leistungsfähigkeit der Beine beim Gehen ist nicht verringert; der Appetit ausserordentlich gross. Bei leerem Magen stellt sich die Angst viel leichter ein, als nach den Mahlzeiten (mit Ausnahme des Frühstückes).

Stat. präs.: Schlankgebaute, übermittelgrosse Persönlichkeit von guter allgemeiner Ernährung. Das Gesicht geröthet, welche Röthe bei jeder Gemüthsbewegung sich bedeutend verstärkt und ausbreitet; keinerlei objectiv nachweisbaren Störungen im Gebiete der Kopf- und spinalen Nerven. Stehen mit geschlossenen Augen und auf einem Beine völlig sicher. Patellarsehnenreflex beiderseits sehr lebhaft. Herz und Lungen frei.

Wir haben im vorstehenden Falle einen chronischen Angstzustand vor uns, in dem wie mächtige Wellenberge 2 Anfälle von Platzangst hervorragen. Aus den Angaben des sehr gebildeten und die Vorgänge in seiner Psyche mit seltener Schärfe beobachtenden Patienten ersehen wir, dass sich bei ihm Zwangsvorstellungen — dass die Vorstellung des Irrsinnigwerdens eine Zwangsvorstellung war, lässt sich wohl nicht bezweifeln — und Angstzustände wechselseitig reproducirten, dass aber die Combination von Zwangsvorstellungen mit Angstgefühlen noch keinen Zustand ergibt, der einem Anfalle von Platzangst gleicht. Allein beide Störungen, Zwangsvorstellungen und Platzangst, erwachsen aus demselben Zustande, aus der durch geistige Ueberanstrengung herbeigeführten Neurasthenie des Gehirns, die sich noch in verschiedenen anderen Symptomen, Kopfschmerz, nervöse Unruhe, Wechsel der Stimmung etc. kundgibt. Von spinalen neurasthenischen Erscheinungen ist ausser dem Müdigkeitsgefühle in den Beinen b e i m S i t z e n nichts vorhanden. Zu gleicher Zeit liefert diese Beobachtung einen

interessanten Beleg zu Gunsten der von mir vertretenen Theorie des Angstanfalles. Bei dem jungen Manne besteht längere Zeit vor dem Ausbruche des 1. Anfalles von Platzangst ein gewisser Angstzustand und Kopfschmerz — abnormer Reizzustand des Vaguscentrums und Centrum vasomot. Dieser abnorme Zustand der beiden Centren wird durch geistige Anstrengung am Tage des 1. Anfalles noch gesteigert, und nun besucht Patient das Theater. Die mächtigen Eindrücke einer Wagner'schen Oper wirken auf die im Zustande erhöhter Erregbarkeit bereits befindlichen Centren ein, steigern zunächst noch die Reizbarkeit dieser und führen schliesslich zur Auslösung des Anfalles. In diesem haben wir zuerst die Angst (Erregung des Vaguscentrums), sodann Hitze und Schweregefühl im Kopf, Ideenflucht bis zur Verwirrung (Erregung des Centrums vasomotorium und hiedurch bedingte Circulationsstörung im Gehirne) und hiedurch secundär Steigerung der Angst. Es gelingt sehr selten, die Entstehungsweise des ersten Angstanfalles so völlig klar zu legen, wie diess in vorliegender Beobachtung der Fall ist.

Was die Aetiologie der Agoraphobie und der ihr verwandten Angstzustände anbelangt, so ergeben meine Erfahrungen, dass alle jene Momente, welche einen neurasthenischen Zustand der Nervencentren herbeizuführen im Stande sind, auch Ursachen jener neuropathischen Erscheinungen werden können. Cordes beschränkt die Zahl dieser Momente auf 4, wie bereits erwähnt wurde: Geistige Ueberanstrengung, ausschweifendes Leben (Samenverluste), langwierige gastrische Störungen, endlich acute Ab- oder Zunahme an Corpulenz, verbunden mit Fettherz. Allein die Erfahrungen, die an einer nur von Angehörigen der besser situirten Classen besuchten Wasserheilanstalt gewonnen werden, müssen nothwendig einseitig sein. Die in Rede stehenden Angstzustände sind keineswegs ein Privileg der oberen Zehntausend. Nicht blos geistige, sondern auch körperliche Ueberanstrengungen, namentlich bei

schwächlicher Constitution und dürftiger Ernährung, ferner anhaltende depressive Gemüthszustände (Sorgen, Verdruss, Aerger), schwere allgemeine Erkrankungen (Typhus) und Blutarmuth können zu Erschöpfungszuständen der Nervencentren und hiemit zu den verschiedenartigen pathologischen Angstzuständen führen. Beard erwähnt als fernere Ursachen der krankhafte Furcht bedingenden Formen von Neurasthenie: lang andauernde und quälende Enthaltsamkeit mit sexueller Erregung beim männlichen Geschlechte und mannigfache leichte Erosionen oder Dislocationen und Risse des Uterus beim weiblichen Geschlechte. Nach Benedict spielt Taenia unter den ätiologischen Momenten des Platzschwindels eine wichtige Rolle.

Die Prognose der Platzangst und ihrer pathologischen Adnexa lässt sich im Allgemeinen als günstig bezeichnen. Ein Uebergang derselben in schwerere Formen psychischer Störung ist meines Wissens bisher noch nicht constatirt worden. Diese Zustände können nach kürzerem Bestande sich spontan (i. e. ohne besondere Behandlung) verlieren, während andere Symptome von Neurasthenie fortbestehen. Sie mögen aber auch, wie zum Theil schon aus den Eingangs erwähnten Fällen ersichtlich ist, viele Jahre ohne wesentliche Veränderung sich erhalten; ein spontanes völliges Zurücktreten nach langjährigem Bestande scheint nicht vorzukommen. Für die Therapie bilden diese Fälle im Durchschnitte dankbare Objecte. In der grossen Mehrzahl derselben lässt sich nach den bisherigen Erfahrungen wenn nicht völlige Heilung, so doch wenigstens eine bedeutende Besserung erzielen.

In der Therapie ist zunächst ein Punkt hervorzuheben, der bisher, wie mir scheint, zu wenig Berücksichtigung gefunden hat. Dieser Punkt lautet: „Principiis obsta." Wenn man bedenkt, wie schwer das Leiden gewöhnlich auf dem Gemüthe des damit Behafteten lastet, und wie mühsam die Behandlung und Beseitigung bei langem Bestande des Uebels in der Regel ist, so wird man die Berechtigung dieser Mahnung

gewiss anerkennen. Derselben Rechnung zu tragen, hat man allerdings nur in der Privatpraxis Gelegenheit. Ich habe in dieser erst vor kurzer Zeit wieder in dem Falle einer nervösen Dame, bei welcher die Anfälle im Anschluss an eine durch gemüthliche Erregungen und Ueberanstrengung herbeigeführte Ohnmachtsanwandlung in typischer Weise beim Alleinsein in der Wohnung und auf der Strasse auftraten, mich davon überzeugt, dass es bei kurzem Bestande des Uebels mit relativ einfachen Mitteln (Beseitigung vorhandener Ursachen, energischen Appell an die Willenskraft etc.) und in sehr kurzer Frist gelingt, das Uebel zu beseitigen. Bei längerer Dauer der Angstzustände ist dagegen in der Regel eine längere (mehrmonatliche) Behandlung erforderlich. Hier ist ebenfalls zunächst die Beseitigung vorhandener Ursachen, soweit eine solche möglich ist, anzustreben, also z. B. in den Fällen, in welchen gastrische Störungen, Spermatorrhöe oder übermässige Pollutionen bestehen*), die entsprechende specielle Therapie einzuleiten. Ferner hat man die vorhandene Neurasthenie direct in Angriff zu nehmen. Hiefür kommen zwei Factoren fast ausschliesslich in Betracht: die Hydrotherapie und die Electrotherapie. Von dem Gebrauche interner Mittel, das Bromkalium eingeschlossen, hat man nach fast allgemeiner Erfahrung nichts zu erwarten. Für die Anwendung der Hydrotherapie in den in Rede stehenden Fällen, lassen sich meines Erachtens allgemeine Grundsätze nicht wohl statuiren; die angewandten Proceduren müssen den individuellen Verhältnissen des Falles angepasst werden. Bei der elektrischen Behandlung werden am besten die Grundsätze befolgt, welche für die Behandlung der Neurasthenie überhaupt gelten. Nach meinen ziemlich reichlichen Erfahrungen auf dem Gebiete der Neurasthenie

*) Diese Erscheinungen (Pollut. nimiae und Spermatorrhöe) sind übrigens bei Neurathenikern häufig nicht Ursache, sondern lediglich Symptome der Neurasthenie, wirken aber alsdann rückläufig sehr verschlimmernd auf den Gesammtzustand ein.

empfiehlt sich bei ausschliesslichem Vorhandensein oder besonderem Vorwalten cerebraler Symptome die Galvanisation des Kopfes und am Halse; bei gleichmässigem Vorhandensein cerebraler und spinaler Erscheinungen oder bei Vorwalten letzterer die Galvanisation des Rückens. Auch die Anwendung der allgemeinen Faradisation dürfte in manchen Fällen sich nützlich erweisen. Ich habe bisher bei Schwächezuständen der unteren Extremitäten von einem der allgemeinen Faradisation entlehnten Verfahren öfters mit entschiedenem Erfolg Gebrauch gemacht: Hiebei hatte der Patient sich auf eine befeuchtete Metallplatte, mit welcher der eine Pol eines Inductionsapparates in Verbindung gebracht war, mit beiden Füssen zu stellen; der andere Pol des Inductionsapparates wurde an die Magengrube oder die Gegend der unteren Dorsalwirbelsäule applicirt und sodann ein kräftiger (successive anschwellender) Strom eingeleitet. Neben alledem ist die psychische Einwirkung auf den Kranken keineswegs zu vernachlässigen. Man muss das Vertrauen des Patienten in seine Leistungsfähigkeit zu heben, seine Aufmerksamkeit von dem Leiden abzulenken suchen und namentlich die Angst vor den Anfällen, welche den Kranken zu den seltsamsten Handlungen und Unterlassungen bestimmt und ihm nicht selten den Verkehr mit anderen Menschen zur Qual und vollends zur Unmöglichkeit macht, mit aller Energie bekämpfen.

Ein Umstand ist schliesslich noch zu berücksichtigen. Die Entscheidung darüber, ob ein Patient als geheilt zu betrachten ist, hat bei Agoraphobie ähnliche Schwierigkeiten wie bei Epilepsie. Es können Intermissionen von wochen- selbst monatelanger Dauer in den Anfällen vorkommen; dann mag auf einmal ebenso unerwartet für den Patienten wie für den Arzt wieder eine Attaque erfolgen. Es lässt sich daher ein sicheres Urtheil darüber, ob ein Patient geheilt ist, meines Erachtens nicht abgeben, wenn man denselben nicht noch einige Monate nach beendeter Cur unter Augen hat.

Verlag von **Jos. Ant. Finsterlin** in **München.**

Experimentelle und kritische Untersuchungen zur

Electrotherapie des Gehirns

insbesondere über die Wirkungen der

Galvanisation des Kopfes

von

Dr. L. Löwenfeld, Specialarzt.

10 Bogen gross Octavformat. 1881. Mark 3.

Ueber die Behandlung von

Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten

vermittelst des Inductionsstromes

von **Dr. L. Löwenfeld.**

1881. 60 ₰.

Zur Aetiologie der

Infectionskrankheiten

mit besonderer Berücksichtigung der

Pilztheorie.

[illegible]

[illegible]

[illegible]